Ponceaux, Victor

tique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par le docteur C. MÉHU, pharmacien de l'hôpital Necker. Paris, 1863-1874, 11 vol. in-18 de chacun 400 pages avec figures. Chaque volume : 1 fr. 50

† **ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE**, rédigées sous la surveillance de l'inspection générale du service de santé de la marine. Directeur de la rédaction, M. le docteur LE [illegible] MÉRICOURT.

Les *Archives de médecine navale* paraissent depuis le 1er janvier 1864, mensuellement, par numéro de 80 pages, avec planches et figures, et forment chaque année 2 vol. in-8 de chacun 500 pages. Prix de l'abonnement annuel pour Paris. 12 fr.

— Pour les départements. 14 fr.

— Pour l'étranger, d'après les tarifs de la convention postale.

Les tomes I à XXII (1864-74) sont en vente.

ARCHIVES ET JOURNAL DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE, publiés par une société de médecins de Paris. *Collection complète*. Paris, 1834-1837. 6 vol. in-8. 30 fr.

BACH (J. A.). **De l'anatomie pathologique des différentes espèces de goîtres**, du traitement préservatif et curatif, par J. A. BACH, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Paris, 1855, in-4 avec 1 planche. 2 fr. 50

BACHELIER (Jules). **Exposé critique et méthodique de l'hydrothérapie**, ou Traitement des maladies par l'eau froide. Pont-à-Mousson, 1843, in-8, VIII-254 pages. 3 fr. 50

BAER. **Histoire du développement des animaux**, traduit par G. BRESCHET. Paris, 1826, in-4. 1 fr.

CYR. **Traité de l'alimentation** dans ses rapports avec la physiologie, la patho[illegible] et la thérapeutique, par le docteur JULES CYR. Paris, 1869, in-8 de 574 pages.

CZERMAK (J.N.). **Du laryngoscope** et de son emploi en physiologie et en méde[illegible] Paris, 1860, in-8 avec deux planches gravées et 31 figures. 3 fr

DAGONET (H.). **Traité élémentaire et pratique des maladies mentales.** P[illegible] 1862, in-8 de 816 p. avec une carte. 1[illegible]

DALTON. **Physiologie et hygiène des écoles, des colléges et des famil[illegible]** par J. C. DALTON, professeur au collége des médecins et des chirurgiens de [illegible] York, traduit par le docteur E. ACOSTA. Paris, 1870, 1 vol. in-18 jésu[illegible] 536 pages avec 68 fig.

DARDE. **Du délire des actes** dans la paralysie générale avec observations recue[illegible] au bureau central d'admission de Sainte-Anne par le docteur Ferdinand DARDE. P[illegible] 1874, in-8 de 40 pages.

DAREMBERG. **Histoire des sciences médicales**, comprenant l'anatomie [illegible] physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générales [illegible] Ch. DAREMBERG, professeur à la Faculté de médecine. Paris, 1870, 2 vol. [illegible] d'ensemble 1200 pages avec figures. 2[illegible]

DAREMBERG. **Glossulæ quatuor magistrorum super chirurgiam Rogerii et Rol[illegible] et de secretis mulierum**, de chirurgia, de modo medendi libri septem, poema [illegible] cum; nunc primum ad fidem codicis Mazarinei edidit doctor CH. DAREMB[illegible] Napoli, 1854, in-8 de 64-228-178 pages.

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
3, Rue Racine, PARIS VI.

Dormy thères, aide au 37 de ligne, Mon

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 janvier 1855,

Par P.-Victor MONCEAUX,

né à Paris,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Pharmacie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
ancien Élève de l'Hôpital militaire d'Instruction de Lille.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LE

CANCER DE LA MATRICE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÈDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

1855. — *Monceaux.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN, Examinateur.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. .....
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président. JOBERT (DE LAMBALLE).
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LECONTE.
BECQUEREL.	ORFILA.
BOUCHUT.	PAJOT.
BROCA.	REGNAULD.
DELPECH.	RICHARD.
DEPAUL.	RICHET.
FOLLIN.	ROBIN.
GUBLER.	ROGER.
GUENEAU DE MUSSY, Exam.	SAPPEY.
HARDY.	SEGOND.
JARJAVAY, Examinateur.	VERNEUIL.
LASÈGUE.	VIGLA.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MA TANTE.

Hommage de ma sincère affection, de mon profond attachement, et faible dédommagement des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A Mme LECOMTE.

Hommage de ma respectueuse vénération.

A MES FRÈRES.

Témoignage d'amitié et de dévouement.

A M. LE Dr E. MILLON,

ancien Professeur à l'Hôpital militaire d'Instruction de Lille,
Pharmacien principal de 1re Classe,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

Souvenir de son reconnaissant et respectueux élève.

A M. LE Dr GARREAU,

ancien Professeur à l'Hôpital militaire d'Instruction de Lille,
Professeur de Chimie à l'École secondaire de Médecine de la même ville.

A M. LE Dr L. GOSSELIN,

Agrégé libre et ancien Chef des Travaux anatomiques de la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

Je mettrai mon maître en médecine au même rang que les auteurs de mes jours.
(Hipp., *le Serment.*)

A M. LE Dr NÉLATON,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

Hommage de mon profond respect.

A M. LE Dr REGNAULD,

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Pharmacien de l'hôpital des Cliniques,

Dont les conseils et l'appui ne m'ont jamais fait défaut.

Témoignage de ma sincère gratitude.

A M. LE Dr HARDY,

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Pour les soins affectueux qu'il m'a prodigués.

Je prie MM. les Drs Marrotte, Huguier, Legendre, Broca, Pajot, et Bauchet, de vouloir bien accepter mes remercîments pour leurs savantes leçons et leurs bons conseils.

A MES AMIS CHAUVIN ET RAVEROT.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LE

CANCER DE LA MATRICE.

> Multum restat adhuc operis, multumque restabit, nec ulli nato, post mille sæcula, præcludatur occasio aliquid adjiciendi.
>
> (Sénèque, lib. 1, epist. 64.)

Le cancer de l'utérus est une maladie très-commune, et qui d'ailleurs a été fréquemment et soigneusement étudiée par une foule d'auteurs des plus recommandables; il pourra donc paraître au moins superflu de voir se produire un travail sur un texte aussi vulgaire.

Cependant les discussions qui ont eu lieu, dans ces derniers temps, sur le diagnostic et la curabilité des affections cancéreuses en général, donnent de l'intérêt à tout ce qui se rattache à cette question du cancer. C'est cette conviction qui m'a guidé dans le choix de mon sujet; telle est d'ailleurs la variété des œuvres de la nature, que les sujets les plus vulgaires révèlent journellement de nouveaux points de vue, de nouvelles combinaisons, à qui veut les observer avec un peu d'attention.

C'est ce que j'essayerai de faire ressortir dans le courant de ce travail, que je diviserai en deux parties:

Dans la première, je m'occuperai de rechercher quelles sont les

distinctions les plus utiles à faire pour le diagnostic des affections cancéreuses de l'utérus, au point de vue clinique;

Dans la seconde, je traiterai du cancer isolé du corps de l'utérus.

En commençant, je rappellerai que si, dans le cours de cette thèse, je hasarde une opinion sur une question qui a donné lieu à une des plus mémorables discussions de l'Académie, je n'ai cependant pas la prétention de porter un jugement sur un point de la science qui laisse encore incertains bien de nos maîtres : il faudrait pour cela plus d'expérience que je n'en ai, plus de preuves que je n'en apporte ; je n'ai pas d'autre prétention que de donner à mes juges une preuve de mon travail.

Mes observations sont au nombre de douze. Je ne les ai pas toutes insérées dans cette thèse, parce qu'il en est qui ne présentent qu'un intérêt très-secondaire. Je me suis contenté de publier celles qui me paraissent pouvoir être lues avec un intérêt réel. L'examen microscopique des parties malades a été fait toutes les fois que je l'ai pu, c'est-à-dire dans cinq cas ; dans les autres, il n'a pas été possible ou n'a donné que des résultats négatifs, parce qu'on ne trouvait qu'un ulcère, dont la surface était couverte de matières organiques en putréfaction.

Dix de ces observations ont été recueillies par moi, dans le service et sous l'habile direction de mon excellent maître, M. le Dr Gosselin ; je profite de l'occasion qui m'est offerte de lui exprimer publiquement ma reconnaissance pour les excellents conseils et la bienveillance que j'ai toujours trouvés auprès de lui pendant toute la durée de mes études.

J'ai pris les deux autres dans le service de M. le professeur Nélaton, dont la bienveillance ne m'a non plus jamais fait défaut, et auquel je suis heureux également de pouvoir témoigner ici toute ma reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE.

QUELLES SONT LES DISTINCTIONS LES PLUS UTILES A FAIRE POUR LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS CANCÉREUSES DE L'UTÉRUS, AU POINT DE VUE CLINIQUE?

§ I. — De tous temps, les auteurs se sont trouvés embarrassés pour assigner à l'expression du cancer sa valeur véritable. Comme rien n'est plus variable que cette maladie, son siége, les modifications qu'elle amène dans nos tissus, les désordres qu'elle y produit, les signes qui la révèlent, sa marche, sa durée, rien n'est plus difficile aussi que de la définir, c'est-à-dire de la distinguer des maladies qui lui ressemblent.

On a donc pendant fort longtemps confondu sous le nom de *cancer* presque toutes les affections de l'utérus. Ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle, depuis que l'emploi du speculum s'est surtout généralisé, que ces affections ont été mieux étudiées, et qu'on a su distinguer celles qui étaient cancéreuses de celles qui ne l'étaient pas.

Sans remonter plus haut que l'Académie de chirurgie, on voit, par le mémoire de Le Dran, par les doctrines de Boyer et de Scarpa, combien étaient vagues encore les idées de ce temps sur le cancer de l'utérus, comme sur celui des autres organes. Pour l'un comme pour l'autre, il y a des tumeurs molles et des tumeurs dures ou squirrhes: ceux-ci sont bénins ou malins. Cette malignité, c'est la récidive qui la démontre; c'est elle qui lève tous les doutes sur la nature cancéreuse ou non de l'affection.

Cela revient à dire, selon la remarque fort juste de M. le professeur Malgaigne, qu'il n'y a pas de signe pathognomonique différentiel, pas de diagnostic anatomique possible, en présence d'une tumeur.

Bayle et Laennec, et à leur exemple la plupart des anatomo-pathologistes français, ont distingué aussi deux espèces de cancers : l'encéphaloïde et le squirrhe ; c'est, en d'autres termes, la distinction des cancers mous et des cancers durs de l'école de Boyer.

En Angleterre, on retrouve la même distinction des tumeurs, en bénignes et malignes, dans la classe des sarcomes d'Abernethy.

Depuis, bien des recherches ont été faites, bien des tentatives ont eu lieu, pour arriver à trouver des caractères plus précis ; cependant, il n'y a pas un grand nombre d'années, des auteurs, très-estimés à d'autres points de vue, confondaient encore le troisième degré de la phlegmasie utérine avec l'engorgement cancéreux (Duparcque).

Jusque dans ces derniers temps, la seule distinction clinique qui restât était celle des ulcères de mauvaise nature en cancer ulcéré et en ulcère cancéreux (Bayle et Cayol). Malgré les recherches de MM. les professeurs Cruveilhier et Velpeau lui-même, qui le plus en France, ont contribué à éclairer le diagnostic des affections cancéreuses il restait encore bien de l'obscurité dans la détermination de la nature des tumeurs.

Cependant on avait remarqué depuis longtemps que toutes les affections réputées cancéreuses n'étaient pas également incurables, également mortelles ; on en avait donc distingué deux catégories : les cancers et les cancroïdes, ceux-ci comprenant les maladies qui semblaient se distinguer des vrais cancers par la localisation du mal.

Mais à quoi tenaient ces différences ? on ne le savait pas encore ; comment les reconnaître sur le cadavre ou sur le vivant ? on ne le savait pas davantage.

§ II. — C'est dans ces conditions que le microscope fait son apparition dans la science. J. Muller constata le premier que l'on ne retrouvait pas les mêmes éléments microscopiques dans tous les produits des affections réputées cancéreuses. Cette idée fut reprise par M. Lebert, et lui servit à établir la classification des tumeurs d'a-

près leurs caractères microscopiques et l'étude de leur structure intime.

M. Lebert divise les tumeurs en deux classes : 1° les homéomorphes, résultat du développement anormal des tissus, mais n'en renfermant que les éléments microscopiques normaux, tels qu'on les rencontre à l'état permanent ou transitoire; 2° les hétéromorphes, renfermant toujours des éléments microscopiques de formation tout à fait nouvelle, et ne comprenant qu'une seule classe : les cancers, dont l'élément caractéristique ne se trouve dans l'organisme ni comme élément permanent, ni comme transitoire.

On voit que cette classification rappelle assez, dans les expressions, celle de Laennec, des tumeurs, formées par les tissus mêmes de l'économie, ou par des tissus sans analogues. Pour M. Lebert et la plupart des micrographes français, ce qui distingue le cancer, ce ne sont pas les caractères qu'on en avait donnés jusqu'à présent : tendance à récidiver, à envahir les tissus environnants, à devenir une affection constitutionnelle, à se transformer en ulcère rongeant, etc., mais bien la présence de globules, de cellules, ou de noyaux, qui lui sont propres. Les autres caractères ont une certaine valeur, quand ils sont réunis, mais ne sont nullement des caractères exclusifs du cancer. Il n'y a de tumeur maligne, de cancer, que les affections qui présentent l'élément hétéromorphe.

Mais, parmi celles où il manque, il en est qui offrent parfois la même malignité que le cancer à cellules le moins contestable, qui en ont tous les caractères, sauf celui que présente leur structure intime. Dans le principe, on leur a attribué collectivement l'ancienne dénomination de *cancroïde*, expression vicieuse, même au point de vue de l'anatomie pathologique, parce qu'on a confondu ainsi des affections essentiellement différentes, quant à leur structure intime : ce sont, pour ne parler que de ce qui regarde l'utérus, les hypertrophies : 1° épidermiques, 2° glandulaires, 3° papillaires, et 4° les tumeurs fibro-plastiques.

M. Bennett, entre autres, a fait cette confusion (*On cancerous and*

cancroïd growths, 1849.) M. Lebert réserve ce nom pour la tumeur épithéliale, c'est-à-dire celle que constituent essentiellement les éléments de l'épiderme ou de l'épithélium, dont l'ulcère rongeant n'est, pour lui, le plus souvent qu'un mode d'altération.

A l'exemple d'Abernethy, il forme une classe à part des sarcomes, sous le nom de *tumeurs fibroplastiques*, dénomination heureuse, bien préférable à celle que leur avait imposée le chirurgien anglais, qui y rangeait tant de maladies diverses.

On possède ainsi, selon la plupart des micrographes français, un caractère fixe, qui permet de distinguer les vrais cancers des pseudocancers ; surtout, quant aux caractères microscopiques, viennent se joindre ceux que fournit l'anatomie pathologique, faite à l'œil nu, et les signes cliniques.

Or l'utérus est de tous les organes celui où se rencontrent le plus communément les affections carcinomateuses ; on y observe de plus toutes les variétés de ces affections : le cancer à cellules, comme le cancroïde (cancer épithélial), comme la tumeur fibroplastique (cancer fibroplastique), comme l'hypertrophie glandulaire (cancer par hypertrophie glandulaire) ; il nous fournit donc un moyen d'établir des points de comparaison beaucoup plus exacts même que si nous comparions des affections siégeant dans des organes, dans des points de l'économie tout à fait différents, comme on l'a fait dans la discussion de l'Académie, où l'on n'a presque parlé que des cancers et des cancroïdes des lèvres, de la mamelle, et du testicule ; et nous pouvons ainsi mieux apprécier la valeur de ces distinctions microscopiques, au moins pour ce qui regarde l'organe gestateur.

Le cancer vrai se rencontre dans l'utérus sous toutes les formes :

1° Sous celle de squirrhe, la plus fréquente ;

2° Sous celle d'encéphaloïde, avec ses variétés : cancer hématode, mélanique, aréolaire pultacé de M. Cruveilhier, réticulaire de Muller ; on l'observe surtout dans le corps de l'organe (voir Lebert, *Physiologie pathologique*, p. 282, 337).

3° Sous celle de cancer colloïde ou gélatiniforme (Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, p. 217).

Ces différentes formes du tissu cancéreux peuvent se rencontrer dans l'utérus, soit à l'état de cancer enkysté, ce qui est très-rare; soit à l'état de tumeur mal circonscrite, c'est là le cas le plus commun; soit à l'état d'infiltration, comme l'a observé quelquefois M. Lebert, entre les faisceaux du tissu du fond et du corps de l'utérus. « C'est, dit-il, dans ces cas que l'étude microscopique est indispensable pour arriver au diagnostic. » Oui, mais celui-ci n'est possible qu'à l'autopsie et n'est guère utile au malade.

Les cancroïdes sont très-communs dans l'utérus, surtout dans son col. Ils peuvent être formés par les différentes hypertrophies, dont j'ai précédemment parlé, et se présenter sous deux formes que nous trouvons également dans le cancer vrai : celle d'ulcère (cancroïdes rongeants) et celle de tumeur (cancroïdes végétants).

« L'ulcère cancroïde (ulcère rongeant, phagédénique de plusieurs auteurs) est rare, dit M Robert (thèse de concours, 1848); presque tous le mentionnent, et cependant très-peu l'ont observé. » M. Duparcque en cite deux exemples; Heyfelder, au moins un (*Gazette médicale*, 1835, p. 312); Lebert en rapporte un cas fort intéressant (*Physiologie pathologique*, p. 342); j'en ai observé moi-même deux autres, que l'espace ne me permet pas de publier ici

Les tumeurs cancroïdes ou épithéliales sont également assez rares; on en trouvera un exemple dans cette thèse. Quant aux tumeurs fibroplastiques, il y en a plusieurs variétés, différentes par leur vascularisation et la rapidité de leur développement; j'en rapporte aussi plus loin un cas.

§ III. — Si l'on appliquait à ces variétés les conclusions auxquelles sont arrivés les micrographes, et particulièrement M. Lebert dans ses ouvrages, et les distinctions qu'ils ont cru pouvoir établir entre le cancer et les cancroïdes, on devrait en conclure que, dans l'utérus comme à la surface de la peau, comme dans les autres points de

l'économie, ces diverses affections se distinguent les unes des autres par des caractères assez bien tranchés pour que leur diagnostic soit toujours possible, quoique parfois difficile : ainsi par une structure différente (c'est incontestable), par leur début, par la repullulation plus ou moins rapide, par la généralisation ou la non-généralisation du mal, par leur terminaison toujours funeste dans le cancer, parfois heureuse dans le cancroïde.

Mais en présence des malades, on ne tarde pas à se convaincre de l'impossibilité de retrouver, quand il s'agit de l'utérus, ces différences cliniques établies d'une manière générale entre le cancer et les cancroïdes.

Voici, par exemple, ce que j'ai trouvé dans mes observations :

§ IV. Début. — Il a été insidieux dans tous les cas, cela n'a rien d'étonnant : cancroïdes et cancers peuvent commencer par une induration, dont la véritable nature est toujours douteuse ; ici, l'affection n'a jamais appelé l'attention des malades que lorsqu'elle a pris l'une ou l'autre des deux formes capitales des affections carcinomateuses de l'utérus, la forme rongeante ou la forme végétante ; et, dans tous les cas, ce sont les symptômes fonctionnels qui ont dénoncé la maladie : irrégularité de la menstruation, absence ou retour anormal des règles, hémorrhagies, pertes séreuses, douleurs.

L'irrégularité de la menstruation a été notée trois fois, l'absence des règles quatre fois, sans que l'on puisse établir une différence, sous ce rapport, entre les cancroïdes et les cancers ; chez une malade, la menstruation avait disparu depuis dix-sept ans.

J'ai observé six fois les hémorrhagies au début ; deux fois, chez des femmes où l'on a reconnu plus tard l'existence des cancroïdes, quatre fois, dans les vrais cancers. Trois fois, les pertes séreuses ont précédé les hémorrhagies ; deux fois les douleurs ont été le premier et le seul symptôme qui ait appelé l'attention de la malade ; cinq fois, elles sont venues en même temps que les hémorrhagies et les pertes ; dans un cas, il n'y eut d'abord que des douleurs et des pertes, et

ces divers symptômes se sont montrés aussi bien au début des vrais cancers que des cancroïdes.

« Une perte, survenant au milieu d'une santé passable, dans l'intervalle des règles, accompagnée de malaises dans les parties génitales, de pesanteur au fondement, de douleurs aux cuisses et aux reins, perte suivie bientôt d'un écoulement vaginal habituel, constitue le début le plus fréquent du cancer utérin » (Lebert, *Physiol. pathol.*, p. 247). Ceci est très-exact ; mais il faut l'appliquer aussi bien au cancer qu'aux cancroïdes. J'ai rencontré ce début quatre fois sur douze observations ; deux fois, il s'agissait de cancroïdes, et deux fois, de cancers.

§ V. Symptômes.

1. *Toucher*. Le toucher vaginal et rectal fournit encore des renseignements identiques dans les deux cas ; et malgré l'assertion contraire de M. Lebert, je ne crois pas possible de se prononcer, au toucher, sur la nature plutôt cancéreuse que cancroïde de l'ulcère ou de la tumeur. Les renseignements qu'il fournit laissent le plus souvent dans l'incertitude, comme j'en ai la preuve dans mes observations ; cette incertitude du diagnostic n'a du reste pas autant d'importance qu'on pourrait le croire.

Speculum. Il ne fournit pas davantage des renseignements précis sur la nature cancéreuse ou cancroïde de la maladie ; il est du reste d'une utilité restreinte dans le cancer commençant, et d'une complète inutilité dans le cancer confirmé ; son application est même parfois dangereuse. Il faut s'en abstenir toutes les fois que le toucher est douloureux et fait reconnaître une rigidité marquée, avec des bosselures dans les parois du vagin ; son emploi intempestif peut provoquer des douleurs très-vives et des pertes très-graves.

2. *Palper*. Pratiqué avec soin dans la région hypogastrique, dans

toute la partie inférieure du ventre et dans les aines, il peut faire constater l'extension de l'affection cancéreuse, ou l'existence des inflammations secondaires, et surtout de la péritonite partielle.

Dans une de nos observations, le palper a fait découvrir une tumeur profonde s'étendant de l'utérus jusqu'au niveau du détroit supérieur, surtout à gauche, et qui fut reconnue à l'autopsie pour une tumeur cancéreuse, développée dans les ganglions voisins, au côté gauche du bassin, et se confondant avec le périoste du sacrum et de l'os coxal, et comprenant évidemment, dans son épaisseur, les vaisseaux et nerfs hypogastriques.

Quant aux tumeurs ganglionnaires de la région inguinale, nous ne les avons pas rencontrées, malgré l'envahissement du vagin, noté dans quatre cas.

3. *Hémorrhagies utérines.* J'ai déjà noté plus haut l'importance de ce signe. Les hémorrhagies ont existé dans toutes mes observations, qu'il se soit agi d'un cancer ou d'un cancroïde.

Leur abondance a été très-considérable dans 7 cas, peu marquée dans 3 autres, presque nulle dans 2, sans que cela dépendît encore de la présence ou de l'absence de la cellule cancéreuse; ainsi elles ont été habituelles pendant six ans dans un cas de cancer vrai du corps, que je rapporte plus loin; continuelles pendant un an, dans un autre (cancer vrai); il n'y eut qu'une seule hémorrhagie dans un troisième (cancer vrai); elles ont été presque nulles dans un quatrième (cancroïde végétant); dans un autre, où il s'agissait d'une tumeur épithéliale, saignant au moindre contact, il y eut récidive après l'opération; un ulcère rongeant succéda à la tumeur enlevée, mais ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Ce ne sont donc pas toujours celles-ci qui tuent les malades dans le cas de cancroïde, et l'ablation de la tumeur saignante peut être utile pour les diminuer; elles avaient amené chez notre malade un état cachectique aussi prononcé que dans le cancer à cellules le mieux caractérisé.

Chez cinq de nos malades, les pertes, après être survenues dès

le début, ont continué pendant plusieurs mois, un an, plusieurs années même, et chez quelques-unes, plus tard, ont cessé, ou sont devenues plus rares.

Je pourrais multiplier ces remarques; ce qui précède suffit pour faire voir que si les pertes utérines constituent un des symptômes les plus essentiels des affections cancéreuses, mes observations peuvent faire douter de leur utilité pour reconnaître la variété microscopique de l'affection; elles se manifestent au début dans un cas comme dans l'autre; elles offrent également de grandes variations dans leur abondance et leur durée, et surviennent aussi bien lorsque le col est intact, que quand il est le siége d'un ulcère; elles peuvent même cesser ou ne pas survenir, malgré le progrès de celui-ci. Et ceci démontre bien que, dans tous les cas, la cause des hémorrhagies n'est pas plus souvent l'érosion des vaisseaux par les progrès du travail ulcératif, que le mauvais état du sang, ou une hyperémie survenue par le même mécanisme que celle qui accompagne la formation des tubercules pulmonaires.

4. *Ecoulements vaginaux.* C'est un des symptômes les plus constants des maladies chroniqnes de l'utérus. Il n'a rien de spécial à l'affection cancéreuse, qu'il s'agisse d'un cancer vrai ou d'une cancroïde; il se fait seulement remarquer ici par son abondance, sa fétidité, sa persistance, sa résistance aux moyens employés pour le combattre.

Je les ai notés encore dans toutes mes observations : dans huit cas, ils sont survenus, dès le début, ou seuls ou accompagnés de douleurs ou d'hémorrhagies.

Quant à la nature de l'écoulement vaginal, il faut en distinguer deux variétés, qui s'observent, du reste, aussi bien dans les cancers vrais que dans les cancroïdes : l'une ayant l'aspect, la consistance et la composition du pus ou d'un liquide purulent, jaunâtre, souvent sanguinolent, et accompagnée de gouttelettes graisseuses, ren-

fermant enfin quelquefois des fragments de détritus cancéreux, comme l'indique M. Lebert. L'écoulement s'est présenté huit fois dans mes observations, avec ces caractères, et aussi bien dans l'une que dans l'autre variété microscopique. L'autre variété d'écoulement est plus rare ; je l'ai cependant observé quatre fois (entre autres chez une malade qui vit encore, et où elle était remarquable par son abondance). Elle est constituée par un liquide séreux, presque clair, peu consistant, fréquemment avec des gouttelettes huileuses à la surface, très-abondant, gênant par cela même beaucoup es femmes, qu'il oblige à se garnir, comme aux époques de leurs règles.

L'odeur spéciale et fétide s'est rencontrée dix fois chez nos malades. Cette fétidité peut varier de caractère, être fade et nauséabonde, putrilagineuse ou même gangréneuse, sans qu'il y ait encore là de distinction possible pour la nature microscopique de l'affection ; cependant je dois dire qu'une fois. la fétidité ne s'est prononcée qu'à la dernière période de la maladie (c'était un cancer vrai), et qu'elle n'existait pas dans le cas des tumeurs fibroplastiques.

L'abondance de l'écoulement n'est pas davantage utile à cette distinction. D'abord on sait que beaucoup de femmes, surtout dans les grandes villes, sont sujettes à des pertes blanches plus ou moins considérables. Ainsi, sur environ 350 malades dont j'ai recueilli l'observation pendant mon séjour à Lourcine, il y en a 100 qui y sont entrées pour des flueurs blanches abondantes ou des catarrhes utérins, 117 pour des vaginites parfois d'une persistance remarquable ; mais, en dehors de cela, il est certain que cet écoulement se manifeste toujours plus abondant et s'accompagne de plus de malaise, quand il est la conséquence de la maladie cancéreuse. Eh bien ! y a-t-il une différence, sous ce rapport, entre la cancroïde et les cancers ? Non, au moins dans mes observations.

5. *Douleurs.* On a observé des cancers utérins qui n'ont provoqué aucune douleur pendant la vie, et dont l'autopsie seule a révélé

l'existence; l'observation 27 de l'ouvrage de Duparcque en est un remarquable exemple. Ce n'est malheureusement pas le cas ordinaire: le cancer de l'utérus partage avec celui de l'estomac le triste privilége d'être une des maladies les plus douloureuses.

On observe cependant de grandes différences dans l'intensité et la continuité de ces douleurs, comme dans l'époque de leur apparition, leur nature, et le siége auquel les rapportent les malades.

J'ai encore noté toutes ces particularités dans mes observations; ainsi, l'époque de leur apparition, a été 8 fois dès le début (5 fois, cancers vrais, 3 fois, cancers faux); 4 fois, elles se sont manifestées 4, 6, 12, 16 mois après; 2 fois, elles ne sont survenues que 2 mois seulement avant la terminaison fatale.

Leur intensité a généralement été croissante jusqu'à la fin, où elle est devenue extrêmement violente, particulièrement dans deux cas. MM. Duparcque et Lebert font remarquer, avec beaucoup de raison, que l'on s'abuse en regardant les douleurs lancinantes comme propres au cancer. Non-seulement on les observe dans beaucoup d'autres circonstances; mais, même dans la maladie qui m'occupe, je n'ai observé ce caractère que 2 fois; dans un cas, il s'agissait d'un cancer épithélial; dans un autre, je n'ai pu déterminer exactement la variété de l'affection, la malade vivant encore. C'est un fait, sur lequel M. le Dr Gosselin appelle depuis longtemps l'attention de ses élèves.

Cependant Clarke dit avoir remarqué des différences entre la douleur du vrai cancer, qui serait essentiellement lancinante, et celle du cancroïde, qui serait plutôt brûlante et s'irradiant dans la région de l'utérus, et se transformant peu à peu en la sensation d'un charbon ardent. Une de mes malades éprouvait alternativement ces deux sensations.

Je crois que la nature de ces douleurs est extrêmement variable et dépend de beaucoup de causes : de leur siége, de celui de l'affection cancéreuse, de la nature des écoulements, de l'existence de caillots ou de tumeurs dans l'utérus, etc...., elles peuvent dépendre

encore, d'une métrite ou d'une péritonite de voisinage, ou de la propagation de l'affection cancéreuse aux tissus ou organes voisins.

On a remarqué, en outre, depuis longtemps, des douleurs névralgiques, qui sont même les plus fréquentes, et ont, comme toutes celles de ce caractère, des points d'élection, sur lesquels M. Beau a particulièrement appelé l'attention (voir *l'Union médicale*, 20, 23 avril 1850, mémoire de M. Axenfeld). Ainsi il y en a : un, un peu en dehors des deux premières vertèbres lombaires, un autre, un peu au-dessus du milieu de la crête iliaque, un autre au niveau du pubis, un quatrième dans l'épaisseur de l'une ou des deux grandes lèvres, un autre au niveau de l'urèthre ou du clitoris, un autre à la partie supérieure et interne des cuisses, où les femmes se plaignent de tiraillements continuels et insupportables; un autre au sommet du sacrum; un autre, plus rare, au pourtour de l'anus.

Très-rarement isolés, ces points douloureux se groupent plus souvent deux à deux, trois à trois; voici, par exemple, ce que nous avons observé chez nos malades :

1° L'une d'elles se plaignait surtout de douleurs dans la région sacrée et trochantérienne; plus tard, elle en éprouva au niveau de l'anus.

2° Une autre, offrant une absence complète de douleurs dans les organes de la génération, après 6 ans d'invasion, éprouva des douleurs dans les hanches et les reins.

3° Douleurs dans la région hypogastrique, lombaire, iliaque, et fémorale interne.

4° Douleurs dans les reins, au début; plus tard, à la région hypogastrique, puis dans l'aine et la cuisse gauche seules, revenant par crises très-violentes; plus tard encore, les douleurs se localisent à la vulve et aux reins et disparaissent dans les autres points.

5° Douleurs sourdes et sans siége précis au début; au bout d'un an, douleurs lombaires, inguinales, sacrées, hypogastriques; insensibilité et flaccidité de la cuisse droite.

6° Douleurs dans les régions lombaire, hypogastrique, et inguinale ; sensations voluptueuses au niveau et autour du clitoris.

7° Douleurs dans les régions lombaire, sacrée, et hypogastrique, revenant par crises, et devenues presque continuelles à la mort, avec persistance des mêmes points.

8° Douleurs à la région hypogastrique, épigastrique, et dans la mamelle, au début (attaques d'épilepsie, opération, disparition des douleurs, accès de démence).

9° Douleurs sourdes dans le bas-ventre et les reins, au début (opération, récidive); nouvelles douleurs hypogastriques, tenant plutôt à l'état d'anémie de la femme qu'à la présence de l'affection, qui est une hypertrophie papillaire et fibroplastique, multiple, et accompagnée d'un phlegmon péri-utérin.

10° Douleurs dans les reins, au début, puis ensuite à l'anus et à la partie supérieure et interne des cuisses, surtout de la gauche, avec des recrudescences et des rémissions alternatives ; plus tard, douleurs profondes, semblables à des épreintes; sensation de brûlure dans le vagin ; plus tard encore, douleurs au niveau de la crête iliaque, des dernières côtes, et du pli de l'aine droite seule; disparition de ces douleurs, remplacées par d'autres dans le dos, etc...

En thèse générale, ces douleurs névralgiques trouvent leur explication dans le siége de l'altération organique ; celle-ci, ayant lieu dans le petit bassin, doit nécessairement exercer son influence sur les nerfs des organes internes de la génération, et sur ceux qui composent le plexus sacré. Il faut aussi tenir compte des douleurs par action réflexe ; celle-ci peut seule expliquer la névralgie lombo-abdominale, signe constant d'une maladie utérine.

Ce n'est pas sans motifs que je suis entré dans quelques détails sur les diverses espèces de douleurs et sur leurs points d'élection ; j'ai voulu faire voir qu'elles présentaient les mêmes caractères, quelle que fût d'ailleurs la variété microscopique de l'affection cancéreuse ; et j'ai tiré à dessein mes exemples et des observations de

vrais cancers, et de celles de tumeurs épithéliales, papillaires, et fibroplastiques.

6. *Etat de l'abdomen.* Les signes qu'il fournit ne sont pas très-importants. Dans tous les cas, la sensibilité de l'abdomen annonce, soit des péritonites partielles qu'ont amenées les altérations de l'utérus, et particulièrement du corps, soit l'extension de la maladie aux autres parties contenues dans le bassin. Les péritonites, ordinairement circonscrites et subaiguës, peuvent aussi bien se développer dans le cas de cancroïde que dans celui de cancer; nous verrons tout à l'heure que la péritonite aiguë, consécutive à la perforation du péritoine, est la terminaison assez fréquente de cette cruelle maladie.

7. *Fonctions des organes urinaires.* On y observe des troubles très-variés, qui se remarquent surtout dans la seconde moitié de la maladie, ce qui est facile à comprendre. M. Lebert a noté, comme symptômes prédominants, l'émission trop fréquente avec ou sans douleur, et qui devient quelquefois involontaire vers la fin. Dans mes observations, j'ai trouvé trois fois l'incontinence d'urines dans trois cas de vrais cancers; deux fois, la perforation de la cloison vésico-vaginale dans le cas de cancroïde; une fois, un ténesme fréquent, avec dysurie très-prononcée, dans un cas de vrai cancer. Les urines sont souvent altérées et bourbeuses. Je reviendrai sur ce qui touche aux organes génito-urinaires.

8. *Fonctions digestives et intestinales.* Rien de plus fréquent que les troubles de ces fonctions, quelle que soit la variété microscopique du mal. Rarement cependant ces troubles se montrent dès le début; sur les malades que j'ai vues, je n'ai pas observé, dans les cinq, six, huit premiers mois, d'autres symptômes que ceux de la dyspepsie; plus tard, j'ai noté quatre fois des vomissements fréquents ou même rebelles à toute médication. Deux fois, il s'agissait

de cancroïdes et une fois d'un vrai cancer ; dans le quatrième cas, les vomissements étaient noirs parfois ; la malade vit encore. Une fois, j'ai observé une grande sensibilité de la région épigastrique à la pression.

La diarrhée survient ordinairement plus tard que les vomissements, souvent vers la fin seulement ; elle alterne fréquemment avec la constipation : mais ces troubles sont encore indépendants de la composition microscopique. J'ai constaté trois fois les alternatives de diarrhée et de constipation (deux fois il s'agissait de vrais cancers, une fois d'un cancroïde) ; trois fois j'ai constaté la diarrhée habituelle, trois fois la constipation persistante jusqu'à la fin de la maladie.

Tous ces symptômes sont du reste extrêmement variables, et peuvent se succéder ou survenir les uns sans les autres.

9. *Pesanteur au fondement.* Je dois ici dire deux mots de la sensation de pesanteur au fondement, si incommode, si douloureuse même, dans le cancer utérin. Je l'ai observée plusieurs fois chez nos malades ; elle s'explique, comme le ténesme vésical, soit par l'existence de points névralgiques autour de l'anus ou du col de la vessie, soit par l'antéversion de l'utérus cancéreux, soit par la compression exercée sur les organes voisins par les tumeurs végétantes du col.

M. Lebert dit que cette sensation ne tient nullement aux altérations du rectum lui-même ; elle tient au moins, comme la constipation, dans un certain nombre de cas, aux adhérences du rectum avec les parties altérées ou envahies.

10. *Fonctions respiratoires.* Dans aucun cas, je n'ai observé de troubles de cette fonction ni d'altération dans les poumons. Une seule fois j'ai constaté quelques tubercules crétacés au sommet ; une autre fois, il est resté des doutes sur la nature de quelques taches blanches trouvées à la base des poumons.

11. *Fièvre.* En général, elle manque à peu près constamment dans les affections cancéreuses, comme dans les cancroïdes ; elle ne survient guère que dans les derniers temps de la maladie, et, en tout cas, ne répond jamais à la gravité et à la multiplicité des lésions : je l'ai notée sept fois dans mes observations. Dans tous les cas, la maladie amène la faiblesse du pouls, qui devient petit, mou, déprimé, et tout à fait filiforme vers la fin.

12. *État général.* Lorsque la maladie est bien déclarée et suit la marche ordinaire, on voit de bonne heure les couleurs se perdre ; le teint devient pâle, et, surtout vers la fin de la maladie, prend la décoloration anémique qu'amènent les pertes répétées ; rarement il devient plutôt jaune-paille, mais cette altération, une fois produite, lors même que les pertes ont cessé, se prononce chaque jour davantage. Chez aucune de mes malades, je n'ai pu noter un changement appréciable du teint avant le début, mais plusieurs m'ont affirmé que ce changement avait coïncidé avec l'apparition des pertes blanches, qui, chez elles, ont été le prélude de la maladie. J'ai noté, au contraire, dans tous les cas, cette altération du teint vers une période avancée ; dans ces cas, il y en a quatre de cancroïde, un de tumeur fibroplastique.

L'amaigrissement et la perte des forces étaient en rapport direct avec l'altération de la face, je l'ai constaté dans neuf cas d'une manière notable ; dans cinq, il s'agissait de cancers vrais, et dans trois, de cancroïde ; la neuvième malade vit encore.

13. J'ai noté aussi combien de temps s'était écoulé depuis l'invasion probable de la maladie jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire de l'interruption forcée du travail ; en voici la progression : 6 ans, 4 ans, 2 ans, 15 mois, 10 mois, 5 mois, 6 semaines (dans ce dernier cas, la malade était épileptique, et il y avait chez elle un dérangement notable de l'intelligence, antérieur à la maladie).

14. J'ai noté trois fois l'œdème limité aux membres inférieurs,

une fois avec les douleurs de la *phlegmatia alba dolens ;* il s'agissait d'un cancer de l'utérus et de l'excavation pelvienne. M. Lebert a noté la même complication dans un cas. Deux fois, l'infiltration était secondaire à l'inflammation de la veine crurale et poplitée, dans des cas de cancroïdes du corps et du col.

15. Je ne m'arrêterai pas à l'état moral des malades, qui est le même dans tous les cas : tristesse, irritabilité, agitation ou affaissement, augmentant avec l'intensité des douleurs plutôt qu'avec les progrès du mal ; insomnie complète que j'ai notée sept fois. Chez toutes mes malades, malgré l'extrême affaissement où elles sont tombées, l'intelligence et la mémoire se sont conservées jusqu'à la mort.

§ VI. Marche et durée. — Elles sont très-variables, comme on l'a déjà pressenti en passant en revue les symptômes ; je n'ai rien à en dire pour la question qui m'occupe. Voici du reste quelle a été la durée dans neuf cas, où il m'a été possible de la constater.

Je l'ai trouvée :

2 fois de 7 mois (un cancer, un cancroïde).
1 fois de 12 mois (cancroïde).
2 fois de 18 mois (cancroïdes).
2 fois de 2 ans (un cancer, un cancroïde végétant).
1 fois de 4 ans (cancer).
1 fois de 6 ans (cancer).

§ VII. Terminaisons. — Faiblesse, souffrances, épuisement, pour ainsi dire, de toutes les forces vitales : tels sont les trois degrés qui mènent la malade au tombeau, quelles que soient la forme et la structure microscopique de l'altération organique.

L'infection cancéreuse générale, que plusieurs auteurs ont notée comme terminant le drame, est exceptionnelle ; ainsi, sur douze observations que je possède, trois malades seulement ont présenté des traces de propagation du cancer aux ganglions pelviens ou

aux annexes, encore ces traces étaient-elles douteuses dans un cas. Chez toutes, malgré la gravité des désordres locaux, les autres organes étaient parfaitement sains.

Dans tous les cas, à moins qu'une affection intercurrente ne vienne abréger les souffrances, la maladie tue donc par les hémorrhagies, les pertes blanches, les douleurs, la péritonite avec ou sans perforation (je l'ai observée cinq fois), les maladies des voies urinaires (trois fois), quelle que soit sa variété microscopique; une de mes malades est morte d'accidents cholériformes, une autre de congestion pulmonaire.

Les considérations qui précèdent sont suffisantes pour prouver l'identité de début, de symptôme, de marche, de durée, de terminaison des affections cancéreuses et cancroïdes de la matrice. J'ajouterai seulement que la tendance à l'envahissement des parties voisines est la même : « L'ulcère, une fois établi, a une tendance prononcée à s'étendre en profondeur et en surface, et, sous ce rapport, l'ulcère cancroïde ne le cède en rien à l'ulcère carcinomateux » (Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, p. 221). La répullulation, il est vrai, a lieu d'une manière plus constante dans le cancer que dans le cancroïde, surtout dans la forme végétante, mais elle a lieu également dans ce dernier cas. Quant à la généralisation du mal, je ne l'ai observée dans aucun cas; cela ne me paraît pas surprenant, parce que les malades meurent le plus souvent trop tôt, pour qu'elle puisse avoir lieu.

§ VIII. Lésions cadavériques. — Je ne passerai en revue que les principales. Dans 8 cas, j'ai pu faire l'autopsie sous les yeux de M. le Dr Gosselin. Là encore j'ai vainement cherché quelque caractère qui pût me faire facilement distinguer les cancroïdes des cancers.

1° J'ai rencontré 7 fois des ulcères profonds (2 fois cancroïdes, 5 fois cancéreux) ayant détruit le col en partie ou en totalité. Dans le 8e, le col se trouvait supprimé par deux exci-

sions successives de la portion sous-vaginale. On connaît l'aspect et les caractères de ces ulcères; ils sont les mêmes dans les cas de cancroïdes et de cancers; dans ceux-ci seulement il y a plus souvent une base indurée, squirrheuse; dans mes deux ulcères cancroïdes, on voyait clairement à l'autopsie la limite entre les parties saines et malades, il y avait peu d'induration sous-jacente; mais sur le vivant, ce caractère peut facilement induire en erreur, et laisser des doutes dans l'esprit.

2° J'ai trouvé 4 fois la muqueuse utérine enflammée (métrite de voisinage), sans gonflement de l'organe (2 cancroïdes, 2 cancers).

3° Un des effets de la tendance envahissante des ulcères cancéreux est, on le sait, d'amener la perforation de la cloison recto-vaginale ou du plancher vésico-vaginal, d'où résulte la formation de ces cloaques infects, remplis d'excréments et de putrilage, une des infirmités les plus pénibles et les plus dégoûtantes dont les femmes puissent être atteintes; j'en ai noté 4 fois l'existence complète ou non (3 cancers, 1 cancroïde). J'ai noté aussi la communication de la cavité péritonéale : 3 fois avec le vagin, 2 fois avec la cavité du corps de l'utérus (1 cancer, 1 cancroïde); 1 fois, la communication de l'appareil urinaire avait lieu non par la vessie, mais par l'uretère perforé et communiquant avec le vagin par l'intermédiaire du foyer cancéreux. L'examen de la tumeur enlevée fut fait au microscope par M. Sée, mon collègue, qui n'y trouva ni cellule ni noyaux cancéreux. Je tiens de M. le Dr Bauchet, que dans une pièce présentée à la Société anatomique, il y avait une communication plus anormale encore : celle du colon transverse avec le corps de l'utérus cancéreux, qui servait ainsi de passage aux matières intestinales.

4° La *péritonite* est une terminaison fréquente de l'affection, quelle que soit sa variété microscopique; je l'ai observée cinq fois; dans les 5 cas, il y avait un épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale, avec fausses membranes, etc... Ce n'est pas toujours la péritonite aiguë qu'on observe, mais souvent un état sub-

inflammatoire de la membrane séreuse ; dans 3 cas, celle-ci a cependant été reconnue saine.

J'ai observé six fois l'envahissement du vagin par l'affection ; quatre fois il y eut destruction de la paroi du côté soit de la vessie, soit du rectum, soit du péritoine ; une fois il y avait seulement envahissement du conduit, par un cancer rongeant, et une fois par un cancer végétant (cancroïde).

5° *Vessie.* Elle participe souvent à la maladie, soit par inflammation de voisinage, soit par propagation de l'affection cancéreuse, ou par celle de l'ulcération. Je l'ai trouvée quatre fois saine ou rapetissée ; j'ai constaté trois fois son inflammation, et trois fois sa perforation ; il n'y avait là rien de spécial aux cancroïdes ou aux cancers.

Reins. J'ai rencontré trois fois la participation des reins et des uretères à la maladie, et j'ai pu constater que celle-ci pouvait agir sur les organes urinaires, de plusieurs manière différentes :

1° Par l'inflammation ulcérative qu'elle provoque ; c'est ainsi, comme je l'ai dit plus haut, qu'une fois j'ai constaté la rupture d'un uretère et son abouchement dans le foyer principal, où il versait l'urine ;

2° Par compression mécanique ; celle-ci produit d'abord le rétrécissement ou l'oblitération des uretères, puis ses effets se réfléchissant au loin, en amènent la dilatation, d'où la formation de kystes rénaux et l'atrophie du rein.

La dilatation des uretères, s'étendant au bassinet, est de beaucoup la plus fréquente complication. Dance en a rapporté autrefois 3 cas (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1829, obs. 13, 14, 15) ;

M. le Dr Rayer en a publié un (*Mal. des reins*, t. 3, p. 136).

Cette dilatation peut aller jusqu'à la formation de kystes rénaux M. le Dr Follin en a présenté à la Société de biologie (10 février 1849) un remarquable exemple; M. le professeur Forget en a publié deux observations (*Gaz. médic.*, 1851, p. 655). M. Lebert dit avoir observé la dilatation des uretères dans un quart de ses observations, et deux fois, par l'excès de cette dilatation, la formation de kystes rénaux.

C'est donc là une complication assez commune du cancer utérin : « La dégénérescence cancéreuse de l'utérus est, dit M. Rayer, une des causes les plus fréquentes de la rétention de l'urine dans les uretères, et, par suite, de leur dilatation et de celle du bassinet et des calices, et enfin de l'atrophie du rein » (loc. cit., p. 486).

J'ai remarqué que les auteurs, à l'exception de M. Rayer, ne faisaient pas mention de l'atrophie du rein ; c'est ce qui m'engage à extraire de mes observations les trois notes suivantes :

1° Dans un cas (cancroïde du col) l'uretère droit seul traversait la masse cancéreuse au niveau de la cloison recto-vaginale, ce qui avait amené son rétrécissement et son oblitération complète ; au-dessus de cette portion rétrécie, il était considérablement dilaté, plein d'urine, de même que le bassinet et les calices du rein correspondant ; celui-ci présentait en même temps une pâleur remarquable et *une atrophie de 2 centimètres* au moins, comparativement avec l'autre, resté sain, sauf une légère décoloration.

2° Dans le second (cancer du corps et du col), les deux reins étaient le siége de la même altération ; le rein gauche présentait une dilatation considérable des calices et du bassinet et *une atrophie remarquable des deux substances, surtout de la corticale,* il y avait *réduction de un tiers du volume normal.* Le rein droit présentait également une dilatation considérable, mais moindre des calices et du bassinet et *peu d'atrophie;* cependant la décoloration de la substance corticale était encore très-remarquable.

3° Dans le dernier cas (cancroïde végétant, opéré, devenu rongeant), l'uretère gauche, détruit à quelques centimètres de la vessie, en arrivant dans la paroi du foyer, s'y abouchait et versait dans cette poche l'urine, qui tombait alors de là, et non de la vessie, à l'extérieur. Le rein gauche avait son volume normal, peut-être un peu exagéré ; les calices, le bassinet, l'uretère lui-même, étaient dilatés, ce qui tenait probablement à un rétrécissement, que présentait le conduit, avant son abouchement dans le foyer.

Le rein droit *était beaucoup plus petit que l'autre,* et son uretère

beaucoup *plus dilaté*. Ce dernier, à 2 ou 3 centimètres de la vessie, se trouvait compris dans la paroi droite de l'excavation, au niveau de laquelle il éprouvait un rétrécissement qu'il nous fut impossible de franchir avec un stylet; il nous parut même qu'il y avait une oblitération complète de cet uretère, ce qui expliqua la dilatation des conduits excréteurs *et l'atrophie de l'organe,* dont la substance corticale était bien plus décolorée que celle du rein gauche.

Ces trois observations montrent bien que l'un des effets de la compression indirecte dont les reins sont le siége est d'en amener l'atrophie graduelle.

Cette atrophie rénale résulte, sans aucun doute, de la pression que l'urine accumulée tant dans les canaux excréteurs que dans les canalicules des substances mamelonnée et corticale exerce sur les vaisseaux et sur le parenchyme du rein. Si l'atrophie, d'une part, a pour avantage de diminuer la sécrétion, et par conséquent la distension et la tendance à la rupture, elle a, d'autre part, l'inconvénient de priver l'économie d'un émonctoire important et d'augmenter les troubles généraux de la nutrition, surtout ceux qui se traduisent par les vomissements, la diarrhée et les sueurs abondantes.

M. Gosselin nous a d'ailleurs fait remarquer souvent que cette atrophie ne se rencontrait pas seulement dans le cancer de l'utérus, et qu'il l'avait trouvée plusieurs fois, à des degrés variables, sur des sujets atteints de rétention d'urine plus ou moins longtemps avant leur mort.

Ce que je viens de dire des lésions cadavériques montre du reste qu'elles sont, comme les symptômes, indépendantes de la variété microscopique de l'affection.

En résumé, on voit donc que pour l'utérus, il y a moins d'utilité à conserver la distinction des cancroïdes et des cancers que l'on ne serait tenté de l'admettre au premier abord. Au point de vue clinique, toutes ces affections, si différentes par leur structure intime, ont un début semblable, des symptômes analogues, une mar-

che identique, une durée égale, une terminaison aussi funeste, et provoquent les mêmes altérations et les mêmes désordres dans nos organes.

Cependant la connaissance de la structure microscopique de la tumeur a plus d'importance pour le pronostic ; mais ici encore cette importance n'est pas la même dans tous les cas, et dépend de la forme végétante ou rongeante qu'affecte la maladie.

Il est certain, en effet, que toutes les tumeurs végétantes du col n'ont pas la même malignité ; un bon nombre se font remarquer par leur existence isolée, leur marche lente, le défaut d'envahissement des ganglions. Or les études au microscope ont démontré dans ces cancers, moins opiniâtres, moins malins que les autres, une structure différente de celle des vrais cancers. L'examen et les distinctions microscopiques sont donc ici incontestablement utiles ; quoique le traitement soit dans tous les cas le même, l'ablation de la tumeur (quand on peut la faire), elles permettent néanmoins de porter un pronostic moins fâcheux, surtout si le chirurgien a pu enlever complétement les parties malades ; car alors il peut rassurer la malade et surtout sa famille ; il peut leur faire espérer une longue guérison, ou leur éviter les appréhensions d'une récidive, que d'ailleurs il serait enhardi à attaquer de nouveau par le fer ou le feu. Voici deux observations à l'appui de cette doctrine.

Ire OBSERVATION.

Cancer végétant (cancroïde) du col de l'utérus ; ablation par M. Gosselin. Guérison sans récidive jusqu'à ce jour.

Le 29 juin 1846, entre dans le service de M. le Dr Gosselin, à la Pitié, salle Saint-Jean, n° 17, la nommée V... (Gabrielle), âgée de trente-deux ans, demeurant à Paris.

Cette femme est d'une bonne constitution ; son père et sa mère, encore vivants, n'ont jamais présenté de maladie analogue à la sienne. Réglée depuis l'âge de dix ans, elle ne l'a jamais été régulièrement ; mariée deux fois, une à seize

ans, l'autre à vingt-quatre, elle n'a point eu d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche. Dès les premiers mois de son premier mariage, elle eut des flueurs blanches, peu abondantes toutefois; celles-ci, qui précédaient toujours les règles, ont depuis toujours persisté; l'écoulement menstruel, qui, pendant longtemps, n'avait rien présenté de particulier, commença, il y a environ cinq ans, à s'accompagner parfois de grandes coliques, de maux de tête, de nausées, de douleurs dans les seins, etc.; peu à peu les accidents prirent plus de gravité, et depuis dix-huit mois les flueurs blanches étaient devenues plus abondantes; elles continuèrent d'accompagner les règles, dont l'écoulement devint très-douloureux; la malade ne présentait alors encore aucun autre symptôme. Cet état dura longtemps, sans qu'elle songeât à s'en inquiéter.

Il y a six mois, les flueurs blanches devinrent plus abondantes, et commencèrent à couler continuellement; elle fut alors consulter un médecin qui, après l'avoir touchée, lui dit qu'elle avait un engorgement du col. A cette époque, la pression exercée sur cet organe n'était pas douloureuse. Ce médecin lui fit faire des injections avec la décoction de son et de pavot, qui procurèrent peu de soulagement.

Pendant deux mois, les flueurs blanches continuèrent toujours à augmenter et à couler sans interruption; vers cette époque (il y avait donc environ quatre mois), les flueurs blanches devinrent peu à peu sanguinolentes; il se joignit, en outre, à ce symptôme quelques douleurs sourdes dans la matrice, des tiraillements dans les aines et les flancs, des pesanteurs au fondement, des envies fréquentes d'uriner, quelques douleurs pendant la miction; de plus, la marche commença à devenir gênante et difficile, à cause de ces sensations de pesanteur; aussi bientôt se vit-elle obligée de se soutenir le ventre avec un bandage de corps.

Dès lors cet état ne fit qu'empirer; les pertes blanches et rouges augmentèrent, la marche devint gênante; la malade ressentit de temps en temps des douleurs, des élancements dans la matrice; les douleurs sympathiques dans les seins augmentèrent d'intensité et devinrent plus fréquentes; enfin, un mois avant son entrée à l'hôpital, les pertes en rouge et en blanc devinrent très-abondantes et fétides. Il y a onze jours environ, elle fut consulter M. Marjolin, qui, après avoir pratiqué le toucher vaginal (la pression du col de la matrice fut douloureuse et produisit un écoulement de sang), lui conseilla d'entrer à l'hôpital pour y subir l'opération. Cet avis la décida à venir réclamer les secours de la chirurgie dans le service de M. Gosselin.

Elle présente alors l'état suivant :

Le 30 juin. La malade ressent à l'hypogastre, dans la matrice, des douleurs

sourdes et parfois lancinantes qui s'irradient dans les cuisses, les flancs, les reins, et surtout les seins; elle éprouve, de plus, des tiraillements dans les aines, des pesanteurs au périnée, à l'anus, des envies fréquentes d'uriner, accompagnées parfois de douleurs dans la vessie. La marche augmente les douleurs et est très-gênante; ajoutons que notre malade perd continuellement par le vagin une sanie fétide, sanguinolente, souvent accompagnée de véritables hémorrhagies.

Le doigt, introduit dans le vagin, fait constater d'abord que l'utérus est très élevé; on ne sent pas le col, mais à sa place on rencontre une tumeur large, molle, fongueuse, s'épanouissant en avant, comme un champignon; le doigt, en suivant la paroi du vagin, peut la circonscrire et la limiter parfaitement dans toute sa circonférence; on s'assure ainsi qu'elle est libre et portée sur le col de l'utérus, qu'elle dépasse en tous sens; le col est allongé comme chez les femmes qui n'ont point eu d'enfants; il n'est, du reste, ni dur ni bosselé dans aucun point de sa circonférence.

Ajoutons que la pression est douloureuse et qu'elle produit un écoulement de sang.

Le corps de la matrice remonte très-haut; le doigt, introduit dans le rectum, ne peut l'atteindre.

L'examen de la malade, au moyen du speculum bivalve, permet de voir, à la partie la plus profonde du vagin, une masse fongueuse, régulièrement arrondie, distincte du vagin, d'une couleur rouge foncée, sans épithélium, saignant au moindre contact.

Le 1er juillet. Le mal étant bien limité et pouvant être enlevé en totalité, puisque le col est sain, M. Gosselin se décide à pratiquer l'excision; il y procède à la manière accoutumée, en amenant l'utérus au niveau de la vulve à l'aide d'airignes et des pinces de Museux. L'opération ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est qu'il n'a coulé qu'une très-petite quantité de sang pendant sa durée.

La tumeur, examinée avec soin, était telle que nous l'avons décrite, et formée par des fongosités violacées, sans épithélium, développées sur la lèvre postérieure du col de l'utérus; la lèvre antérieure est saine. Ces fongosités étaient portées par le tissu même de l'utérus, et non par une base indurée. L'examen de la partie adhérente à l'utérus a prouvé que la section avait été faite dans les parties saines, et qu'il n'était pas resté trace du mal.

Le 2 juillet. Il n'a coulé que très peu de sang par le vagin; la malade a ressenti quelques douleurs dans le bas-ventre, dans les flancs, dans les seins; elle a

de fréquentes envies d'uriner et souffre dans la vessie. L'état général est bon, pas de fièvre, pas de soif, pas d'appétit. — Diète.

Le 3. Pas de céphalagie, ni de fièvre, ni de soif, moins de douleurs dans l'hypogastre qu'hier; quelques douleurs dans la matrice, dans les seins, envies fréquentes d'nriner. Hier, il est sorti par le vagin un caillot de sang, de mauvaise odeur; injection d'eau de guimauve; pas d'appétit. — Bouillon.

Le 4. Elle souffre très-peu, les injections ont entraîné hier quelques caillots. — 2 potages, bain et injections.

Le 6. Pas de douleurs; depuis hier, écoulement blanc épais, assez abondant, ne présentant aucune mauvaise odeur, sommeil; l'appétit revient un peu. — Une portion; injections.

Le 10. Douleurs dans l'hypogastre, élancements dans la matrice, dans les aines et dans les seins; perte sanguine légère; ce sont peut-être les règles, la malade étant mal réglée. — Cataplasmes sur l'hypogastre.

Le 11. Douleurs évanouies: pas d'écoulement sanguin.

Le 15. La malade va assez bien; point de douleurs très-vives; l'écoulement blanc diminue; il est moins épais, et sans mauvaise odeur.

Le 17. On lui permet de se lever et de marcher un peu.

Le 18. Elle est dans un assez bon état; hier, elle a ressenti quelques douleurs et a perdu un peu de sang. La marche est peu douloureuse, seulement elle souffre beaucoup aux reins, quand elle veut se tenir droite.

Par l'examen au speculum, on trouve la plaie, qui résultait de l'opération, presque entièrement cicatrisée; il reste encore un bourgeon charnu rouge foncé, près de l'ouverture du col, sur sa lèvre postérieure, qui est un peu dure à la pression. On reconnaît que toute la partie saillante du col de l'utérus a été enlevée.

Le 20. Quelques douleurs; il sort encore un peu de sang.

Le 22. L'écoulement blanc a presque entièrement disparu, il est liquide et sans mauvaise odeur. Bérard cautérise le bourgeon charnu avec le nitrate de mercure.

Le 24. La malade sort dans l'état où elle était le 18.

Le 4 août. Venue à la consultation de M. Gosselin, à l'Hôtel-Dieu: la marche est difficile et douloureuse, il y a des élancements dans la matrice, des douleurs aux reins et dans les seins; le facies est un peu jaune; il y a eu une abondante hémorrhagie, il y a deux jours.

Le 30 octobre. Elle est assez bien portante, mais éprouve encore de temps en temps quelques douleurs; au toucher, M. Gosselin ne trouve aucune trace de la tumeur, ni de récidive.

Le 12 janvier 1847, cette femme avait repris toutes ses occupations, toutes ses

fatigues; elle perdait seulement un peu de sang, surtout après le coït. A la fin de 1848, puis en 1852, elle se portait encore très-bien; jusqu'à ce jour, elle n'a pas eu de récidive.

IIe OBSERVATION.

Cancer végétant (cancroïde) du col de l'utérus, opéré par M. Gosselin; guérison; récidive prompte.

Au n° 23 de la salle Saint-Alexis, est couchée la nommée Desvignes (Laure), âgée de trente-sept ans, actrice. Cette femme, d'une constitution un peu délicate, raconte que, depuis quinze ans, elle a, pendant chaque époque menstruelle, tantôt au commencement, tantôt à la fin, une attaque nerveuse épileptiforme.

Elle n'a eu ni enfants, ni fausse couche. Depuis plusieurs années, elle est affectée d'une céphalalgie habituelle, et y voit beaucoup moins clair; on constate une amaurose complète à l'œil gauche, et une incomplète à l'œil droit. Il y a eu, de plus, quelques atteintes d'aliénation mentale, dont il ne reste aujourd'hui pas de trace apparente.

La malade avoue avoir depuis six semaines une perte blanche et rouge, avec des élancements dans l'hypogastre, et quelques douleurs épigastriques et mammaires; elle paraît avoir perdu de ses forces et de son embonpoint. Cependant l'attaque épileptiforme n'est toujours venue que tous les mois. La dernière a eu lieu le 27 mai, deux jours après son entrée à l'hôpital.

Par le toucher, on trouve le col de l'utérus très-volumineux et présentant à sa surface une sorte de champignon large, assez consistant, limité par un bourrelet qui remonte jusqu'au cul-de-sac du vagin, en masquant le col lui-même. Celui-ci ne paraît pas dur, ni bosselé au-dessus du champignon; le corps de l'utérus ne paraît pas non plus offrir de gonflement, ni de dureté.

Le 30. Par l'examen à l'aide du speculum à quatre valves, on trouve une tumeur ulcérée, présentant, en certains points, une surface vermeille, en d'autres, une ulcération saignant avec facilité, dont la limite antérieure se voit bien, tandis que la postérieure ne peut être mise à découvert complétement.

Le 31. On peut aujourd'hui, avec le doigt indicateur gauche, circonscrire en arrière la production morbide, et constater qu'outre le champignon principal, le col présente deux ou trois petites bosselures, qui s'avancent bien près de l'insertion du vagin, et qui rendront peut-être impossible l'ablation complète de la tumeur avec l'instrument tranchant.

Le 2 juin. On opère la malade d'après les règles ordinaires, en faisant suivre l'excision de la cautérisation au fer rouge. L'état nerveux et surtout l'affaiblis-

sement des facultés intellectuelles n'ont pas paru être une contre-indication de l'opération; car, en tout état de choses, la santé de cette femme ne pouvait que souffrir d'une maladie qui, s'accompagnant d'hémorrhagies continuelles, épuise rapidement. Il n'était d'ailleurs pas probable que cette opération pût aggraver l'affection cérébrale, car elle est peu douloureuse, et les suites en sont ordinairement assez simples.

Après l'opération, la malade est dans un état de prostration assez considérable; le pouls est petit, non fréquent; l'hémorrhagie, que le fer rouge avait paru arrêter après l'opération, se rétablit. (Injections de ratanhia.) Les douleurs locales sont assez vives. (Cataplasme laudanisé sur le bas-ventre.) Les accidents nerveux, que l'on avait lieu de craindre en raison de l'état de la malade, ne se sont encore manifestés en aucune manière.

Le 3. Nuit assez bonne; aucun accident ne s'est encore manifesté. — Potion antispasmodique.

Le 4. Cette nuit a été marquée par l'apparition de quelques soubresauts nerveux et par l'agitation de la malade. Ce matin, céphalalgie ; pouls, 80 ; un peu de fatigue, rien de notable du reste dans l'état général. — Potion antispasmodique.

Le 8. La malade va bien depuis quelques jours; mais elle est dans un état d'aliénation mentale qui ne permet pas de la garder plus longtemps. On trouve, au toucher, encore quelques saillies dures ; au speculum, une suppuration abondante, et un tubercule qui aurait besoin d'être cautérisé de nouveau avec le fer rouge ; il semble, en un mot, qu'il reste là quelques parties malades.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait : MM. Gosselin, Legendre et Gaillet, ont cru voir des cellules cancéreuses.

M. Robin, consulté, répondit que c'était une production simplement épithéliale, avec hypertrophie glandulaire.

La malade sortit de l'hôpital, mais pour y rentrer bientôt : elle n'avait pas eu de pertes, ses règles venaient tous les mois, pendant trois jours, peu abondamment; elle se plaignait seulement de quelques douleurs hypogastriques et lombaires. Le toucher ne révélait pourtant rien de bien positif. Le speculum fit voir, sur la cicatrice du col, un bourgeon rouge et fongueux, gros comme un pois, qui fut d'abord cautérisé énergiquement au crayon; puis, huit jours après, avec le fer rouge. Il n'y eut point d'accident à la suite de cette dernière; il ne restait sur le col qu'une légère erosion à droite. On crut la malade guérie; elle sortit. Deux mois après, elle rentrait à l'hôpital (salle Saint-Bruno, n° 1), perdant presque continuellement, depuis un mois environ, un liquide roussâtre, mais pourtant sans douleurs notables. A l'aide du speculum, on trouva dans le vagin une assez grande quantité de ce liquide, et sur le reste du col, une ulcération allongée, inégale,

avec gonflement du côté gauche. Le toucher ne fit constater ni induration ni végétation. Huit jours après, il y avait une fongosité peu proéminente, mais très-rouge, saignant très-facilement, et occupant tout le côté gauche du col. On cautérisa avec deux fers rouges; pas d'accidents ni douleurs à la suite, seulement il y avait toujours un écoulement sanguinolent et abondant.

Sur ces entrefaites, les règles survinrent, et avec elles un accès épileptique très-intense, et des signes d'aliénation mentale, qui empêchèrent de la pouvoir suivre plus longtemps (12 décembre); mais il y avait là évidemment une récidive de la tumeur qu'avait enlevée M. le Dr Gosselin.

Cependant il ne faudrait pas accorder trop de confiance aux signes microscopiques, même pour le pronostic; il est des cancers végétants sans cellules, qui sont suivis de la récidive avec la même opiniâtreté que le cancer à cellules le mieux caractérisé. En voici un exemple :

IIIe OBSERVATION.

Cancer végétant (tumeur fibroplastique vasculaire) du col de l'utérus, opéré par M. Gosselin, guérie; deux récidives, la seconde autour du col de l'utérus.

Le 14 août 1852, est entrée à l'hôpital de Lourcine, service de M. Legendre, la nommée Charmottet (Marie), âgée de trente ans, couturière.

Depuis douze ou quinze mois, cette femme éprouve des douleurs sourdes dans le bas-ventre et dans les reins; la menstruation, chez elle, est régulière, mais il y a un écoulement sanguinolent continuel, qui augmente par le coït et les grandes fatigues.

Le 28 septembre. Aujourd'hui elle est amaigrie, pâle, affaiblie et anémiée. Par le toucher, on trouve une production mollasse, composée d'un certain nombre de végétations, distinctes les unes des autres, qui occupent et marquent toute la surface du col, et remplissent ensemble toute la partie supérieure du vagin. Celui-ci, en avant et sur les côtés, ne paraît pas participer à la maladie; mais, en arrière, on sent quelques bosselures qui paraissent appartenir à cet organe : il est d'ailleurs très-difficile de trouver la ligne de démarcation entre le vagin et l'utérus. La malade paraît avoir subi dans son pays une opération, qui a consisté dans l'excision ou l'arrachement de quelques portions de la tumeur que nous observons sur le col de l'utérus.

Le 17 octobre. M. Gosselin, assisté de M. Legendre, opère la malade : on la place sur le lit du speculum, et la production peut être abaissée, sans trop de difficultés, jusqu'à l'entrée de la vulve. Dès lors son pédicule est plus distinct, et en arrière, la tumeur est tellement à la limite du vagin, que quelques granulations ont dû en être détachées en raclant leur base. En avant, le bistouri, en emportant la base de la tumeur, entre en plein dans la substance du col (lèvre antérieure). La section complète laisse dans le fond du vagin, dont les limites ont été respectées, une surface saignante, qui représente une coupe oblique du museau de tanche, dont la lèvre antérieure reste seule un peu distincte après l'opération. Toute la lèvre postérieure, qui était probablement le siége principal de la maladie, a été enlevée, avec une petite portion de la lèvre antérieure. La plaie donne assez de sang pour que l'on soit obligé d'y éteindre trois cautères olivaires, en même temps on y fait plusieurs injections d'eau froide.

La tumeur, que les micrographes ont déclaré être composée de *tissu papillaire hypertrophique* et *fibro plastique*, est une masse longue de 6 à 7 centimètres, large de 2 ou 3, et même plus en quelques points, dont la surface est garnie d'éminences, la plupart arrondies, quelques-unes aplaties, représentant des grains irréguliers, et tenant au reste de la tumeur par des pédicules courts et assez larges. Ces grains sont molasses, faciles à déchirer, peu vasculaires ; ils sont infiltrés de sérosité, et offrent l'aspect de polypes muqueux; tandis que la masse générale est formée par un tissu comme fibreux, sorte d'hypertrophie végétante de la lèvre postérieure du col.

Le 8, la malade a peu souffert dans la journée et n'a pas perdu de sang.

Le 9, même état; *point de fièvre*, point d'*hémorrhagie*, point de *péritonite*.

Le 19. Le col de l'utérus est volumineux, il est parfaitement réparé ; le pourtour du museau de tanche est entouré de petits mamelons recouverts de tissu cicatriciel. Dans cette réparation rapide, la lèvre postérieure, qui avait été presque complétement enlevée, est bien réparée. Sur la lèvre postérieure près de l'insertion du vagin, au point où avaient été détachées quelques granulations, il reste encore quelques petites grappes, qui donnent du sang.

Le 28, M. Gosselin arrache avec la pince un grain, comparable à un gros grain de raisin aplati, qui occupe la partie postérieure gauche du col de l'utérus ; ce grain se laisse enlever avec assez de facilité, et donne une certaine quantité de sang. On cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 27. Cautérisation avec le fer rouge des deux végétations rouges suspectes, l'une occupant le centre de l'orifice, l'autre placée sur le côté droit du col, tout près du vagin.

Le 3 novembre. Cautérisation avec le fer rouge d'une nouvelle production qui

apparaît, sous forme de taches bleuâtres, au côté droit et à la partie postérieure de la lèvre postérieure, qui est toujours très-saillante. Ces productions saignent assez facilement et ressemblent à des hémorrhoïdes fongueuses ; la cautérisation a été douloureuse ; *les douleurs ont continué* dans le *bas-ventre* et les *reins* jusque dans la nuit.

Le 23. Nous trouvons sur la partie postérieure du col, peut-être implantées sur le vagin, plusieurs petites fongosités qui ressemblent à des polypes muqueux, et que nous enlevons avec la pince ; quelques autres se dessinent à la surface, et notamment vers la partie supérieure du col. On sent, de plus, sur la paroi postérieure du vagin, une tumeur arrondie, sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixés.

Le 2 décembre. Les productions polypiformes ayant pris depuis quelques jours plus de développement, et la malade ressentant *quelques douleurs*, M. Gosselin se décide à faire une nouvelle excision du col utérin. Il a eu quelque peine à abaisser le col, parce que la lèvre postérieure avait une grande fragilité et se déchirait facilement ; il y est parvenu en plaçant la pince de Museux dans le sens transversal, et il a pu ainsi amener le col tout près de la vulve. Quoiqu'il fût gêné par la tumeur de la paroi recto-vaginale, et que l'on eût de la peine à sentir l'insertion du vagin, il parvint néanmoins à terminer l'opération sans entamer le vagin. Après l'excision, il est resté une petite plaie, dont les bords formaient bourrelet, et dont le postérieur surtout présentait quelque dureté. Il a coulé beaucoup de sang ; nous l'avons arrêté avec des injections et des bains locaux d'eau froide. Sur la pièce, nous avons trouvé la partie antérieure du col saine, et sur la partie postérieure, des végétations mollasses, implantées sur une surface inégale, anfractueuse et ramollie. Il n'est resté aucune saillie du col, qui paraît cette fois avoir été enlevé aussi complétement que possible ; il y a eu quelques douleurs dans les *aines* et l'*hypogastre* pendant l'opération.

Le 3. La malade a passé une bonne nuit, sans fièvre, sans douleurs. — 2 portions.

Le 4. La malade est très-bien depuis quelques jours, et se lève même un peu ; *peu d'écoulement jaunâtre.*

Le 14. Au toucher, on ne sent plus de saillie anormale ni même de saillie du col ; avec le speculum, on ne voit qu'une surface rouge ; *l'écoulement est peu abondant*, et non sanguinolent.

Le 21. Le col de l'utérus paraît en très-bon état, mais la tumeur de la cloison recto-vaginale s'est beaucoup développée, surtout du côté du rectum ; elle paraît positivement fluctuante.

Le 23. La tumeur recto-vaginale s'est encore, accrue particulièrement du côté du rectum, où elle fait une saillie très-considérable, à peu près comme une

pomme de reinette. Comme il y a depuis longtemps des douleurs vagues dans la *région iliaque gauche*, nous examinons attentivement si la tumeur ne se prolonge pas ; mais nous ne trouvons point de ce côté de saillie ni de fluctuation sensible, et la tumeur nous paraît bien avoir son point de départ dans la cloison recto-vaginale. Son développement et son accroissement rapide nous font penser qu'il s'agit d'un abcès ou d'un kyste, contenant un liquide sanguinolent ; du reste, la malade, ayant une gêne notable pour aller à la selle, et même parfois de la douleur, M. Gosselin se décide à l'opérer sans tarder davantage. Une première ponction exploratrice, faite par le vagin, ne nous donnant aucun liquide, il en fait une autre par le rectum ; celle-ci donne un *liquide noirâtre, formé presque de sang pur.* Il avait pensé d'abord à tâcher de disséquer et d'énucléer la tumeur ; mais, trouvant qu'elle est placée beaucoup trop haut pour que la dissection fût praticable par le vagin, ne voulant pas d'ailleurs la disséquer par le rectum, à cause des matières fécales, craignant enfin quelque prolongement inappréciable vers le péritoine, il s'est décidé à fendre largement la tumeur par le vagin avec un bistouri pointu, muni d'une boule de cire, et ensuite avec un bistouri boutonné. Il s'échappa aussitôt de l'intérieur de la poche une grande quantité de caillots, les uns rouges et récents, les autres grisâtres et un peu plus anciens, mais paraissant toujours formés de sang altéré.

Il s'agissait donc non pas d'un kyste muqueux, comme on l'avait pensé d'abord, mais d'un *kyste sanguin,* développé primitivement non pas derrière l'utérus, mais dans la partie supérieure de la cloison recto-vaginale ; un bourdonnet de charpie, muni d'un fil, fut conduit dans l'intérieur de la poche, qui paraissait se prolonger profondément vers le haut.

Le même pansement fut continué pendant les jours qui suivirent ; nous avions en même temps la précaution de faire une injection, en introduisant la canule avec précaution et agrandissant l'ouverture avec le doigt pour l'empêcher de se fermer.

Pendant les premiers jours, cette petite opération fut très-douloureuse ; en outre, la malade était souffrante dans la journée, n'ayant pas de frissons ni de coliques intenses, mais seulement quelques palpitations et un peu de fréquence dans le pouls.

Le 31. On a cessé l'usage de la tente depuis quelques jours ; on continue les injections matin et soir. Elles sont moins douloureuses ; le kyste fait une saillie moindre du côté du rectum, mais y présente encore une certaine induration. *Peu de douleurs,* sommeil, légère diarrhée, quelques palpitations. Le liquide qui survient après l'injection n'est presque plus coloré et n'a pas la même fétidité que les premiers jours ; en portant le doigt dans l'intérieur, on sent encore quel-

ques caillots adhérents dans la poche, qui semble perdre de sa capacité. — Lavement d'amidon ; 2 portions.

Le 4 janvier. La diarrhée n'a pas persisté, mais la malade se plaint de quelques *douleurs à l'hypogastre*, et *surtout en urinant*. Par le palper abdominal, on sent au côté gauche de l'hypogastre, non loin de la ligne médiane, une tension profonde au niveau de laquelle la pression est douloureuse. Par le toucher vaginal, on sent sur la paroi antérieure du vagin, près du cul-de-sac, une saillie arrondie, grosse comme une noix, douloureuse à la pression, et qui paraît se continuer avec la tumeur hypogastrique ; il s'agit là sans doute d'un *phlegmon péri-utérin* et *péri-vésical*. — Cataplasmes sur le ventre, injections matin et soir dans le kyste, dont l'ouverture a toujours de la tendance à se fermer et que nous rouvrons pour introduire la canule.

Le 6. Envies fréquentes d'uriner; la miction est peu abondante chaque fois, et présente de temps en temps, à la fin, quelques douleurs. Hier, dans la matinée, la malade a eu un grand frisson, avec claquement de dents, suivi de chaleur et de sueurs.

Le 8. Pas de nouveau frisson ; mais il y a un état de malaise et de faiblesse, quelques douleurs *lombaires*, et, depuis hier, un écoulement de sang, qui vient soit de l'utérus, soit de l'intérieur du kyste ; la cavité de ce dernier diminue peu, et contient toujours des caillots sanguins, dus sans doute à ce que l'exhalation sanguine continue dans l'intérieur de la poche ; les envies d'uriner sont moins fréquentes et moins douloureuses ; la tumeur péri-utérine ne devient pas fluctuante, reste stationnaire ; par le toucher, nous trouvons le kyste rempli de caillots sanguins.

Le 12. Avant-hier et hier, la malade a eu quelques vomissements biliaires et des nausées avec deux accès de fièvre, accompagnés de frissons. Ce matin, il y a une grande prostration, avec pâleur de la face (pouls à 128) ; nausées et douleurs circonscrites *au côté droit de la région hypogastrique ;* la tumeur, de ce côté, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la pression, à cet endroit, est douloureuse ; il y a du reste moins de douleurs en urinant ; il sort presque continuellement, par le vagin, du sang, qui vient sans doute de l'intérieur du kyste. Par le toucher vaginal, la tumeur pelvienne paraît plus molle et légèrement fluctuante, l'ouverture du kyste est béante, mais considérablement remplie par des caillots sanguins.

Le 13. Diarrhée très-abondante ; continuation des vomissements, *des douleurs abdominales*, et de la perte sanguine, qui prend une certaine fétidité.

Le 15. Les vomissements et les nausées continuent ; fréquence du pouls (120 à 130) ; la diarrhée est arrêtée depuis deux jours ; écoulement sanguinolent avec

issue de caillots par le vagin ; pas de coliques ; la tumeur hypogastrique n'a pas augmenté. Par la toucher vaginal, on ne trouve pas de fluctuation ; un peu de dyspnée.

Le 22. Depuis deux jours, l'état général est meilleur ; point de fièvre, point de diarrhée, un peu d'appétit ; l'écoulement sanguinolent par le kyste est réduit à très-peu de chose ; la tumeur hypogastrique persiste, sans faire saillie dans le vagin et sans être douloureuse.

Le 25. *Douleurs vives à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite*, qui paraissent correspondre à la *veine crurale ;* la tumeur hypogastrique continue à se développer lentement, sans être douloureuse.

Le 26. Les douleurs de la cuisse se sont amoindries, et l'on sent un cordon dure sur le trajet de la veine fémorale ; il n'y a plus depuis longtemps de palpitations ; mais le pouls est toujours resté fréquent.

Le 27. A la suite d'un accès d'étouffement, pendant lequel le pouls est devenu très-faible, on a vu survenir de larges ecchymoses sur la face, la cuisse droite, et la paroi antérieure de l'abdomen ; *douleurs vives dans le ventre ;* augmentation notable de la tumeur, refroidissement des extrémités.

Morte le 28, à midi.

Autopsie.

Le ventreé tant ouvert, on trouve :

1° Point de sérosité, ni de sang épanché dans la cavité abdominale ; pas de traces de péritonite générale ; 2° l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur qui remonte au-dessus de la paroi pelvienne, qui refoule en arrière l'utérus, le rectum et l'ovaire droit ; point de caillots dans la veine iliaque externe ; on en trouve au contraire un dans la veine fémorale, depuis son origine jusqu'à environ quatre travers de doigt au-dessous ; il n'est pas adhérent ; la paroi veineuse n'est ni rouge, ni épaissie, et le coagulum se prolonge dans la fémorale profonde. La tumeur ayant été ouverte pendant l'autopsie, on en voit s'échapper une assez grande quantité de caillots, les uns rouges, les autres décolorés et fibrineux ; les uns et les autres rappelant ceux que nous avions trouvés en incisant la tumeur vaginale ; en fendant la vessie par la face antéro-postérieure, on voit que cet organe, un peu déjeté à droite, n'est pas enflammé ; les deux culs-de-sac péritonéaux paraissent avoir leur profondeur naturelle, et ne *présentent d'autres traces de péritonite que quelques adhérences* filamenteuses entre le rectum et l'utérus, à droite. Il n'y a dans ce cul-de-sac recto-utérin, ni pus, ni sang épanché. Outre la grosse tumeur hypogastrique, on en trouve une autre qui est située à la partie supérieure et droite de l'excavation pelvienne, au devant et à droite du rectum.

Celui-ci est sain à l'extérieur comme à l'intérieur ; la paroi antérieure paraît adhérer assez solidement au vagin et à la tumeur qui a été ouverte pendant la vie. En ouvrant le vagin par son côté gauche, on voit à découvert l'incision qui avait été faite pendant la vie sur la paroi postérieure. Cette ouverture est très-large, et permet de faire sortir une quantité notable de caillots sanguins, qui ont une odeur putride ; un bon nombre paraissent tenir à l'intérieur du kyste, et nous nous demandons s'il n'y a pas là quelque production de mauvaise nature. Le kyste pelvien gauche a des parois très-minces, au moins en avant ; il paraît s'être développé dans le tissu cellulaire, qui est à gauche du vagin, et peut-être dans l'aileron antérieur du ligament gauche ; en tout cas, il ne dépend pas de l'ovaire ni de la trompe gauche, qui sont déjetés en arrière avec quelques adhérences anormales. Du côté droit, il y a, outre plusieurs kystes, tous dépendant de la trompe et de l'ovaire, une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule, qui paraît s'être développée dans le tissu cellulaire placé sur le côté droit du vagin ; cette tumeur, qui est molle et paraît fluctuante, semblait formée de caillots sanguins, comme les précédentes. Cependant, en la fendant, nous trouvons une masse granuleuse, jaune à la superficie, dont le centre est rouge, et présente un réseau extrêmement riche de capillaires très-volumineux (je possède le dessin de cette tumeur, fait à l'aquarelle par mon ami M. O. Henry fils). On y aperçoit quelques granulations jaunes et quelques épanchements sanguins un peu plus gros qu'une tête d'épingle. Cette tumeur nous paraît être une production colloïde, vascularisée, qui, si la malade eût vécu, serait devenue sans doute le siége d'épanchements sanguins semblables à ceux que nous avions dans les deux poches précédentes. Plus tard, en examinant de nouveau la pièce, nous y avons trouvé trois autres tumeurs grosses comme des marrons, les unes à droite, les autres à gauche ; en les fendant, on leur trouve un aspect moins gélatiniforme que la première, grisâtre, uniforme, présentant chacune un ou deux vaisseaux sanguins volumineux, avec quelques taches ecchymotiques, mais sans réseau. Cet aspect est un peu celui de l'encéphaloïde, mais plutôt du tissu fibroplastique. Au microscope, M. Gosselin et M. Robin y ont trouvé une grande quantité de noyaux fibroplastiques et peu de corps fusiformes : variété de tissu fibroplastique, remarquable, dit M. Robin, par sa vascularisation et son développement rapide.

Dans cette observation, remarquable à plus d'un titre, la tumeur végétante n'était que papillaire et fibroplastique ; elle fut enlevée complétement ; on pouvait donc concevoir des espérances de guérison durable. Celles-ci ne se sont cependant pas réalisées ; il n'y

eut pas de récidive au loin, mais une première sur place et une seconde autour du corps de l'utérus.

Quant aux affections qui prennent la forme rongeante, il n'y a aucune utilité à les distinguer d'après leur structure intime; on peut se faire du reste une idée de leur gravité dans tous les cas par cet aveu de M. Lebert :

« Les ulcères cancroïdes constituent un mal fort grave, et entraînent ordinairement la mort » (*Phys. pathol.*, p. 336).

M. Lebert, dans ses ouvrages, insiste beaucoup sur la nécessité de distinguer les vrais cancers des cancroïdes, parce que, dit-il, « on peut se flatter de l'espoir que les affections cancroïdes étant un mal plus strictement local que le cancer vrai, on parviendra un jour, lorsqu'on les aura mieux étudiées, à porter des secours plus actifs à cette maladie que ne le comporte l'état actuel de la science » (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 214).

C'est un souhait que chacun doit faire ; en attendant, c'est toujours par l'examen raisonné des symptômes et par l'étude minutieuse de la marche de la maladie que l'on réussira à éclaircir le diagnostic, et à porter le pronostic de ces affections.

La bénignité des cancroïdes se borne du reste à permettre de les opérer avec chance de succès, mais non sans crainte d'une récidive locale. Ce succès est bien rare, à cause des progrès que le mal fait de l'intérieur du col à l'insu du chirurgien. Le cancer rongeant mène à une mort plus ou moins éloignée, *mais toujours certaine, quels que soient ses éléments microscopiques.*

Cependant il y a parmi les cancers de l'utérus des distinctions très-importantes à faire, au point de vue clinique, surtout pour le pronostic et la thérapeutique. Les investigations microscopiques nous paraissent insuffisantes à les établir; il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique ordinaire, de l'observation à l'œil nu.

La principale distinction à faire est celle qui repose sur le siége de la maladie, et, sous ce rapport, les affections cancéreuses de

l'utérus forment trois classes, suivant qu'elles sont limitées au col, au corps, ou qu'elles envahissent à la fois l'un et l'autre.

Je n'ai trouvé cette première distinction nettement exprimée que par M. Marjolin. « Le cancer de la matrice, dit-il, affecte presque toujours primitivement son col ; les cas où il envahit d'abord le corps de l'organe, le col restant intact, sont extrêmement rares » (Dictionn. en 30 vol., *Utérus* (cancer de l'), p. 273).

Son importance a cependant frappé M. Lebert. « La distinction du cancer de l'utérus, d'après son siége, est, dit-il, d'une haute importance. Le cancer qui se trouve dans le fond de l'organe est ordinairement constitué par du tissu cancéreux non douteux ; celui du col quelquefois aussi. Mais, dans un certain nombre de cas, l'examen le plus attentif ne fait pas découvrir de tissu cancéreux dans ces prétendus cancers du col ; on n'y trouve, à l'autopsie, qu'un ulcère étendu qui a rongé une grande partie du col, etc. » (*Phys. path.*, p. 334).

Au point de vue clinique, quelle que soit d'ailleurs la structure microscopique, cette division n'est pas moins utile. C'est, en effet, d'après l'appréciation des limites du mal que l'on portera le pronostic et que l'on reconnaîtra l'indication thérapeutique ; c'est la conviction que le mal est accessible et parfaitement limité au col, qui fait espérer au chirurgien une guérison momentanée ou définitive ; c'est la connaissance de l'envahissement des parties profondes, qui le détermine à n'employer qu'un traitement palliatif.

J'ai observé 6 fois le cancer du col, 4 fois celui du corps et du col, une fois celui du corps.

On doit prévoir que les cancers limités au col sont ceux qui intéressent le plus les chirurgiens, parce qu'ils sont seuls accessibles et quelquefois curables. A leur tour, ils peuvent se présenter aussi sous deux formes différentes, suivant deux tendances opposées qu'ils manifestent souvent dès leur début.

Tantôt le mal, après avoir débuté ou non par une tumeur ou une induration parenchymateuse du col, s'excorie, s'ulcère dans son

centre, puis se creuse, et, détruisant les tissus à mesure qu'il les envahit, arrive toujours, et par une marche régulièrement progressive, à faire disparaître le col utérin et même les parties qui l'environnent : le cancer revêt la forme rongeante.

Tantôt, au contraire, de la surface du col ulcéré ou non, ou de son intérieur, poussent en tous sens et avec plus ou moins de rapidité des bourgeons, des expansions charnues, des végétations lobulées, qui prennent sans cesse plus d'accroissement et repullulent avec la plus grande facilité, soit qu'on vienne à les enlever, soit que leur pression réciproque en amène la mortification : c'est alors la forme végétante.

L'importance extrême de cette distinction des cancers rongeants et des cancers végétants n'a pas échappé à M. Robert : « Nous préférons, dit-il, nous attacher plus spécialement aux formes que les affections cancéreuses peuvent revêtir ; nous croyons pouvoir faire ainsi une division plus naturelle et en même temps plus utile pour la marche et le pronostic de ces altérations » (Robert, thèse de concours, 1848).

Toutes les variétés du cancer du col peuvent en effet affecter l'une ou l'autre forme et quelquefois les deux successivement, quelle que soit d'ailleurs la structure microscopique. Ainsi, dans mes observations, les cancers végétants se sont montrés quatre fois : dans un cas, il s'agissait d'un vrai cancer (il y eut récidive avec la forme rongeante) ; dans deux autres, de cancers épithéliaux (cancroïdes) ; dans le quatrième, d'une tumeur fibroplastique. Les cancers rongeants se sont montrés sept fois : dans deux cas, il s'agissait de cancroïdes du col ; dans un, de cancer vrai du col ; dans trois, de cancers vrais du corps et du col ; dans un dernier, d'un cancer vrai isolé du corps. Et il ne faudrait pas croire que les cancroïdes se sont distingués par l'absence de récidive et le rétablissement de la santé : dans trois cas de cancroïdes végétants, j'ai pu suivre les malades ; dans un, le mal prit la forme rongeante, après l'ablation et la cautérisation de la tumeur végétante, pour arrêter les hémor-

rhagies ; dans un autre, il y eut récidive avec la même forme ; dans le troisième, deux récidives, la seconde autour de l'utérus.

Dans le seul cas de cancroïde rongeant du col que j'ai observé, il n'y eut pas d'opération possible.

En résumé, cancers et cancroïdes peuvent revêtir à l'utérus les mêmes formes : il y a des cancers végétants, comme des cancroïdes végétants, des cancers rongeants, comme des cancroïdes rongeants ; il est donc préférable pour le clinicien de distinguer les cancers de l'utérus d'après leur siége et d'après leurs formes anatomiques plutôt que d'après leurs caractères microscopiques. Pour moi, les cancroïdes et les cancers ne sont que les variétés d'une seule maladie ; je ne crois pas que deux maladies différentes puissent ainsi revêtir les mêmes formes, et je pense qu'il faut admettre au-dessus des caractères microscopiques un principe morbifique unique ; un principe de malignité, si l'on veut, inconnu dans son essence, mais incontestable et dominant toute la scène. Cette manière de voir, que j'ai puisée dans les leçons cliniques de M. le Dr Gosselin, sera certainement partagée par tous ceux qui étudieront les affections cancéreuses sans idées préconçues.

SECONDE PARTIE.

DU CANCER ISOLÉ DU CORPS DE LA MATRICE.

Jusqu'ici je n'ai parlé que du cancer du col, celui que l'on a toujours vu dans les descriptions, parce qu'il est incomparablement le plus fréquent ; on s'occupe beaucoup moins de celui de la totalité de l'organe, parce qu'il n'est le plus souvent que la conséquence du précédent ; cependant il peut avoir aussi pour point de départ

le cancer isolé du corps, dont la plupart des auteurs parlent à peine, malgré l'attention qu'il mérite.

On s'accorde généralement à regarder le cancer primitif du corps de l'utérus, comme une affection très-rare; ainsi M. Ferrus ne l'a observé que 3 fois sur 32 cas, M. Lebert, 2 fois sur 45. C'est dans cette conviction que M. Huguier en a présenté, il y a quelque temps, une observation à la Société de chirurgie; que M. Forget en a publié deux (*Gazette médicale,* 11 octobre 1851).

A ce sujet, ce dernier faisait alors déjà remarquer que, d'après ses recherches, le cancer du corps utérin, incontestablement rare, ne l'était cependant pas autant peut-être qu'on le croyait généralement, parce que les auteurs ont confondu les faits de ce genre sous des titres collectifs.

Tels sont, par exemple, certains faits de Dugès et Mme Boivin (*Maladies de l'utérus*, t. 2, p. 41, n° 1, et p. 123, n° 5), dans lesquels l'affection cancéreuse, ayant certainement débuté par le corps de l'utérus, n'avait pas encore atteint le col de l'organe ou ne l'atteignit qu'à la fin; aussi la nature véritable de l'affection fut-elle ou méconnue (dans 2 cas), ou seulement soupçonnée (dans 1), ou reconnue très-tard (obs. sous ce titre : *Hydropisie de l'utérus, suivie de l'ulcération cancéreuse du col*).

C'est peut-être à M. Marjolin que nous devons la seule description du cancer isolé du corps utérin (Dict. en 30 vol.).

Les deux observations de M. Forget montrent bien :

1° Que le cancer du corps utérin peut exister seul, et amener même une désorganisation complète du corps sans participation aucune du col ;

2° Qu'il peut aussi simuler d'autres maladies, et particulièrement un kyste de l'ovaire, comme le quatrième cas de Dugès et Mme Boivin simulait une hydropisie de l'utérus ;

3° Que la forme ordinaire de l'affection est la forme rongeante ;

4° Qu'il peut être complétement méconnu pendant la vie, et que

les symptômes fonctionnels sont insuffisants pour arriver au diagnostic;

5° Que les désordres consécutifs ne se bornent pas à des adhérences avec les organes voisins, mais qu'ils consistent toujours en une péritonite aiguë ou chronique, avec ou sans perforation.

L'incurabilité d'une semblable affection, l'impossibilité de poser en général un diagnostic précis, ou même de soupçonner la présence du mal, pourraient faire penser que les cas de ce genre sont plus curieux qu'utiles à connaître.

On ne peut, en effet, diagnostiquer un cancer primitif du corps que dans le cas indiqué par M. Marjolin, quand le col vient à être consécutivement envahi. D'ailleurs on est tellement habitué à voir le mal débuter par le col, qu'il est presque constamment méconnu quand il commence autrement. Cependant il est des cas où l'on pourra soupçonner le point de départ véritable des accidents, par l'absence même de lésions suffisantes dans les organes de la génération, pour expliquer l'ensemble des symptômes et les troubles fonctionnels que l'on remarque. Ainsi on devra le regarder comme très-probable, quand on observera en même temps l'augmentation de volume, les déformations, les douleurs, les pertes sanguines, séreuses et fétides, etc.; et les signes généraux qui accompagnent la cachexie cancéreuse: amaigrissement, coloration pâle, jaunâtre, terreuse, de la peau, etc. Dans le cas même où les symptômes positifs se borneraient aux troubles fonctionnels, on devrait encore soupçonner une altération organique, bornée au corps seul de l'utérus.

En tout cas, la connaissance seule de tels faits existant, suffit déjà pour les supposer dans des circonstances analogues, pour éveiller l'attention et rendre le praticien circonspect dans son pronostic et prudent dans sa thérapeutique; je pense donc qu'on ne lira pas sans intérêt l'observation suivante.

IVe OBSERVATION.

Cancer isolé du corps de l'utérus.

La nommée Guilbert (Arthémise), âgée de cinquante ans, entre, le 11 février 1854, dans le service de M. Gosselin. Elle est accouchée deux fois à terme, et n'a pas fait de fausses couches; elle a eu son dernier enfant à dix-neuf ans. Pertes sanguines habituelles depuis six ans, sans douleurs ni affaiblissement notable. Depuis le mois de septembre 1853, sont survenues des douleurs dans les reins et les hanches. Depuis quelques jours, le sang a cessé de paraître et est remplacé par du pus. Par le toucher, on ne trouve pas le col dur, bosselé, ni ulcéré; il est très-peu saillant; avec le speculum, on le trouve petit, rouge, et sa surface semble fongueuse, comme s'il avait été détruit en partie (quoiqu'il ne le soit pas en réalité); suppuration abondante et fétide venant de l'utérus, alternatives de diarrhée et de constipation; état général assez bon et ne présentant rien de particulier.

Le 23 février. Diarrhée abondante depuis deux jours, cinq selles hier. — Lav. laud. et amid.; tisane de riz; une portion.

Le 28. Le col est parfaitement sain; nous doutons qu'il y ait là une affection cancéreuse.

Le 5 mars. La malade continue à souffrir dans les hanches, les reins et le ventre, ce qui rend l'exploration de celui-ci impossible; l'abondance et la fétidité de l'écoulement utérin purulent, jointes aux autres troubles fonctionnels, font soupçonner à M. Gosselin qu'il s'agit d'un cancer du corps (inhalations de chloroforme pour calmer les douleurs); la malade en éprouve un soulagement marqué.

Cette femme mourut le 23, après avoir souffert une quinzaine de jours de la fièvre, de douleurs abdominales, avec vomissements rebelles, attribués à une péritonite aiguë.

A l'autopsie, voici ce que l'on trouva :

Le grand épiploon était accolé aux anses intestinales, dont on ne pouvait le séparer qu'avec le bistouri; un bon nombre d'anses intestinales, accolées à cet épiploon, étaient, d'autre part, réunies entre elles par des adhérences; elles étaient en même temps molles, rosées et dépolies, présentant de petites fausses membranes et du pus en quelques points. On trouva une assez grande quantité de pus dans l'excavation pelvienne; cette excavation était remplie, en grande partie, par une tumeur mollasse qui masquait complétement l'utérus et les au-

tres organes. Tous les organes du bassin étant enlevés, on commença par ouvrir le rectum, qui, confondu avec la masse générale, était difficile à suivre, à cause des flexuosités qu'il décrivait. Il était notablement étroit, et nous remarquâmes que ses couches musculaires circulaires offraient une épaisseur de 4 à 5 millimètres, avec un aspect grisâtre.

La vessie, petite, ratatinée, n'offrait rien de particulier. L'uretère droit ne présentait pas d'oblitération, ni même d'apparence de rétrécissement, pas plus que le gauche.

Le vagin étant fendu, nous trouvâmes le col utérin très-peu saillant et réduit à de petites proportions, mais il ne paraissait pas ulcéré ni avoir été le siége d'aucune destruction cancéreuse.

En fendant la matrice, à partir de 2 ou 3 centimètres au-dessus du col, on trouva une tumeur mollasse, mamelonnée, grosse comme le poiug, remplissant la cavité utérine, et évidemment constituée par sa paroi, transformée de tous côtés en cancer mollasse. Il ne restait aucune trace de la paroi antérieure, à l'exception du péritoine, qui paraissait ulcéré et perforé. Ce cancer du corps remplissait toute l'excavation pelvienne, et formait, par suite d'adhérences du péritoine, une masse avec les annexes des deux côtés et le rectum.

Dans la région lombaire droite, on trouva plusieurs ganglions blanchâtres, mollasses, fournissant du suc, qui paraissaient évidemment formés, de même que la tumeur utérine, par de l'encéphaloïde. Les poumons n'offraient aucune lésion, le cœur non plus; le foie était volumineux, décoloré, et présentait à sa surface deux taches noires, qui se prolongeaient dans l'épaisseur de l'organe à près d'un centimètre, et semblaient formées par une ecchymose; l'une d'elles offrait à son centre une poche grise qui donnait l'idée d'un cancer commençant. Les reins étaient pâles, mais il n'y avait ni atrophie de leur substance, ni dilatation des calices et des bassinets.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du froid, de ses causes, de sa théorie, de ses variations suivant les climats, et de ses effets sur l'économie animale.

Chimie. — Des caractères du sulfure de mercure.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique du vin et de l'alcool; traiter des préparations dans lesquelles ils entrent soit comme base, soit comme véhicule.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des synanthérées ; sa division en ordre et tribus.

Anatomie. — De la structure et de la forme du cristallin aux divers âges. Quels sont les rapports de la capsule cristalline ?

Physiologie. — Des mouvements et des usages de l'iris.

Pathologie interne. — De l'état typhoïde soit primitif, soit consécutif.

Pathologie externe. — Des maladies chirurgicales des gencives.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De la moelle épinière.

Accouchements. — Des vices de conformation du fœtus qui peuvnet être des causes de distocie.

Thérapeutique. — Dans quelles maladies la digitale doit-elle être conseillée?

Médecine opératoire. — De la ténotomie.

Médecine légale. — Des diverses espèces de mort subite.

Hygiène. — Des divisions des âges.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

CAYX.

ANGLADA (Ch.). **Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles**, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par Charles ANGLADA, professeur à la Faculté de Montpellier. Paris, 1869, 1 vol. de 700 pages. 8 fr.

† **ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE**, par MM. BEAUGRAND, J. BERGERON, BRIERRE DE BOISMONT, CHEVALLIER, DELPECH, DEVERGIE, FONSSAGRIVES, GALLARD, GAULTIER DE CLAUBRY, GUÉRARD, DE PIETRA SANTA, Z. ROUSSIN, Ambr. TARDIEU, VERNOIS, avec une revue des travaux français et étrangers, par M. O. DUMESNIL.

Première série, collection complète (1829 à 1853), dont il ne reste que peu d'exemplaires. 50 vol. in-8 avec figures et planches. 500 fr.

Tables alphabétiques par ordre des matières et des noms d'auteurs des tomes I à L (1829 à 1853). Paris, 1855, in-8 de 136 pages à 2 colonnes. 3 fr. 50

Seconde série, commencée avec le cahier de janvier 1854. Elle paraît tous les trois mois par cahiers de 15 feuilles in-8 (240 pages) avec planches.

Prix de l'abonnement annuel pour Paris : 20 fr.

Pour les départements : 22 fr. — Pour l'étranger, d'après les tarifs de la convention postale.

Chacune des dernières années jusques et y compris 1871 séparément : 18 fr.

Chacune des dernières années, à partir de 1872. 20 fr.

On ne vend pas séparément : 1re *série*, tomes I et II (1829), tomes XI et XII (1834), XV et XVI (1836). — 2e *série*, tomes XIII et XIV, XV et XVI, XVII et XVIII, XIX et XX (1860, 1861, 1862 et 1863).

CORLIEU (A.). **Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouch**vade-mecum du praticien. *Deuxième édition*, revue, corrigée et augmenté 1872, 1 vol. in-18 jésus de VIII-664 pages avec 418 figures, cart.

CORNARO. De la sobriété, *voyez* **École de Salerne**, p. 18.

CORRE. La pratique de la chirurgie d'urgence, par le docteur A. CORR 1872, in-18 de VIII-216 pages avec 51 figures.

COUSOT. Étude sur la nature, l'étiologie et le traitement de la fiè phoïde, par le docteur COUSOT. Paris, 1874, 1 vol. in-4, 369 pages.

CROS (A.). **Les fonctions supérieures du système nerveux**, recherches ditions organiques et dynamiques de la pensée, par le docteur A. CROS. Paris 1 vol. in-8 de 543 pages.

CRUVEILHIER. Anatomie pathologique du corps humain, ou Description figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont l humain est susceptible ; par J. CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de m Paris, 1830-1842, 2 vol. in-folio, avec 230 planches coloriées.

Demi-reliure des 2 vol. grand in-folio, dos de maroquin, non rognés.

Ce bel *ouvrage est complet* ; il a été publié en 41 livraisons, chacune contenant 6 feuille in-folio grand-raisin vélin, caractère neuf de F. Didot, avec 5 planches coloriées avec le pl soin, et 6 planches lorsqu'il n'y a que quatre planches de coloriées. Chaque livraison est de

CRUVEILHIER (J.). **Traité** [illegible]

...trique

...I

...MONCEL

N° 35

. . . . . 50 Fr.

...érique du Nord

. . . . . 60 Fr.

...rgentine, Pérou,

. . . . . 70 Fr.

...nce

...ne	Bocca frères. Loescher et Cie.
...terdam .	Kramers.
...Francisco	Bancroft et Cie.
...ckholm .	Samson et Wallin.
...Pétersb.	Issakoff. Mellier. Wolff.
...rin. . . .	Bocca frères. Loescher et Cie. Brero.
...sovie . .	Gebethner et Wolff
...ise. . . .	Ongania.
...one . . .	Drucker et Tedeschi.
...nne . . .	Gerold et Cie.
...ich . . .	Orell, Füssli et Cie Schmidt Meyer et Zedler.